

EL PORQUE DE LA LUMBOTOMIA EXPLORADORA EN LOS TRAUMATISMOS SERIOS DEL RIÑON

Por el Dr. JUAN IRAZU

Sobre los traumatismos renales nos hemos ocupado en esta Sociedad en un trabajo anterior, que fué comentado por el Prof. Astraldi quien a su vez contribuyó a mi casuística y estadística con una interesante comunicación. Se planteó entonces la necesidad de una labor conjunta de los colegas para realizar una puesta al día del tema.

Por el hecho de haber observado un nuevo caso de rotura traumática de riñón, lo sometemos a la consideración de los distinguidos consocios para ampliar la casuística.

La evolución favorable de los traumatismos renales con el tratamiento incruento es corriente como se observa en casos de traumas serios con hematurias a repetición.

Los únicos elementos de juicio para establecer la curación son: ya un examen físico químico de la orina o una pielografía descendente, donde se constata la falta de pérdida sanguínea microscópica o la buena eliminación del riñón lesionado.

Con esos elementos de juicio se establece convenientemente una restauración anatómo funcional del accidentado, sin tener en cuenta que pueden sobrevenir ulteriormente complicaciones. Estas pruebas no son suficientes para establecer la valoración del daño en un riñón contuso.

Se considera que un paciente que ha sufrido una contusión renal puede ser seguida de atrofia, aunque no halla sido operado y está en peores condiciones que aquel que sufrió una nefrectomía con las reglas del arte quirúrgico.

En cualquier traumatismo serio del riñón la lumbotomía exploradora ser-

viría como excelente procedimiento para prevenir las lesiones secundarios. Sabemos que en ciertas roturas renales la hemorragia puede cobibirse espontáneamente por la formación de un hematoma sub-capsular o periférico, el que va luego a la reabsorción y degeneración fibro-esclerosa, por la organización del extravasado sanguíneo. El riñón es comprimido y como consecuencia sería, trae atrofia renal con pérdida total de la función y a veces la autonefrectomía secundaria con hipertrofia compensadora del riñón opuesto.

La lumbotomía exploradora efectuada algunas horas después de restablecido el paciente del schok, permitiría la constatación de las verdaderas lesiones. Con esta intervención podrían ser reparadas, por la extracción de coágulos, ligaduras de vasos del parénquima y sutura de la cápsula propia. Además tendría un valor legal para establecer en determinados casos el porcentaje de incapacidad y de indemnización.

Motiva esta comunicación la rotura del riñón en un niño que después de una caída, estuvo bajo una prolongada vigilancia médica. Los colegas que lo asistieron no sospecharon el grave riesgo de vida a que el paciente estuvo expuesto. Ello se debió a la circunstancia de no realizar oportunamente una lumbotomía exploradora, en la creencia de que por el hecho de haber cesado la hematuria había la posibilidad de curación incruenta.

La observación clínica se refiere a: B. A. U., 12 años. Ficha Nº 2.126. Hospicio de las Mercedes. Antecedentes hereditarios: No se menciona en la familia ningún padecimiento renal congénito. Antecedentes personales: Desde la edad de 4 años, el niño acusaba molestias de escasa intensidad en la región lumbar izquierda y que aparecían con intervalos de muchos meses.

Interrogado respecto al parecido de sus molestias, las objetivó similares a una campanilla que vibraba en el flanco izquierdo. Por otra parte, ha sido un niño sano.

Enfermedad actual. — Mientras jugaba en la escuela cae sobre un escalón golpeándose el flanco izquierdo, lo que le produce de inmediato un desvanecimiento, del cual se recupera incorporándose por sus propios medios.

Marcha y evolución de la enfermedad. — Después de unas horas comienza a sentir dolor de hipocondrio, flanco izquierdo y región lumbar. Al orinar lo hace con hematuria franca y persistente, que se repite en forma periódica con cada micción hasta la noche. Como consecuencia de la pérdida sanguínea la palidez, astenia y sed se acentuaron, siendo la temperatura de 37°8. El flanco e hipocondrio se presentaban deformados por una tumoración saliente que progresaba en forma lenta. Como la hematuria había cesado, el médico de cabecera aconseja expectación, y así transcurren 3 días, agravándose el estado por la aparición de vómitos, defensa muscular, paresia intestinal, lo que obliga internarlo en observación en una clínica. Explorado radiológicamente observamos, en un urograma excretor, que la función renal derecha está conservada. La vía canalicular está ligeramente dilatada pero su conformación es normal. En cambio no es

posible visualizar el parénquima renal. En el lado izquierdo hay una deformación total de la vía canalicular y sólo se puede observar una sombra irregularmente redondeada situada entre la XII y XI costilla, y el contorno del parénquima renal desplazado hacia arriba (Fig. 1).

Como el estado del niño se estaciona simulando una mejoría es dado de alta de la clínica en observación, pero dos días después se repite la misma sintomatología de tumor, dolor, vómitos y hematuria.



Figura 1

En esas condiciones fuimos consultados y vimos la necesidad de reinternarlo por requerirlo su estado.

Examen urológico: Orina de emisión clara. Abdomen, lado derecho, normal. Izquierdo: Hipocondrio y parrilla costal, flanco y abdomen elevado por la tumoración, pared tensa y dolorosa. Los límites de la misma se confunden arriba por debajo de la costilla, adentro próximo a la línea media, abajo cuatro traveses por debajo de la línea que transversalmente pasa por el ombligo. Celda renal ocupada por tumoración dolorosa, resistente de contacto lumbar, mate a la percusión y con ligero frémito (Figs. 2 y 3).

La tumoración está rodeada por una zona de franca sonoridad intestinal del colon. Próstata, vesículas seminales y genitales externos sin particularidades. La cistoscopia demostró excelente capacidad, mucosa normal en conjunto, sin eyaculación sanguínea a la meatoscopia. El

índigo carmín se eliminaba a los 6 minutos con buen ritmo, proyección e intensidad en el riñón derecho y a los 6 minutos con ritmo lento y babeante y escasa intensidad en el lado izquierdo.

En esta circunstancia con el fin de constatar la marcha de la enfermedad repetimos la pielo-

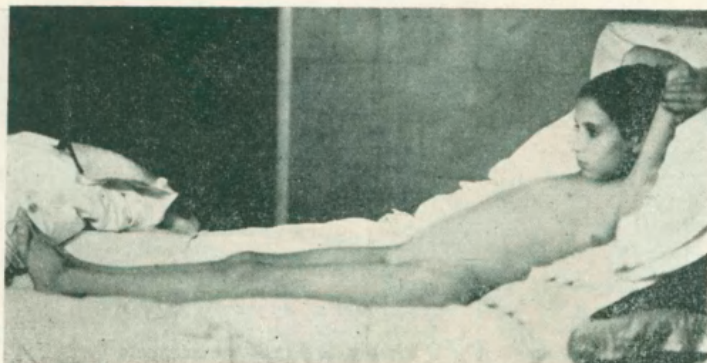


Figura 2

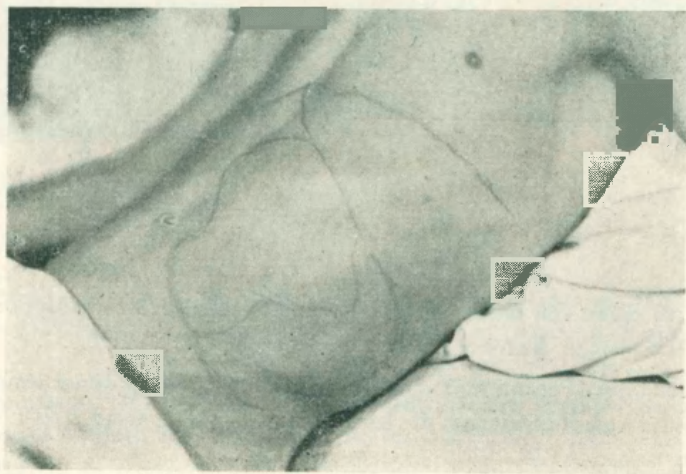


Figura 3

grafía descendente, con el siguiente resultado: Riñón derecho, excelente, parénquima renal aumentado de tamaño, si se lo compara con sus anteriores radiografías, vías pielocaliciales normales. Riñón izquierdo: el polo inferior del riñón de contornos irregulares, parece estar situado

a nivel de la apófisis transversa de IIa. lumbar. Vías canaliculares han perdido su arquitectura, sólo se observa un caliz superior y pelvis tenuemente dibujada, no se ve el uréter (Figura 4).

Radiografía de tórax: gran desplazamiento hacia arriba del hemidiafragma izquierdo. (Figura 5).

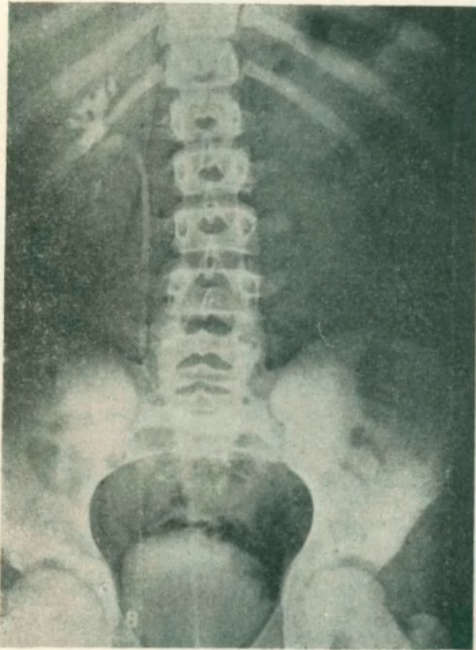


Figura 4

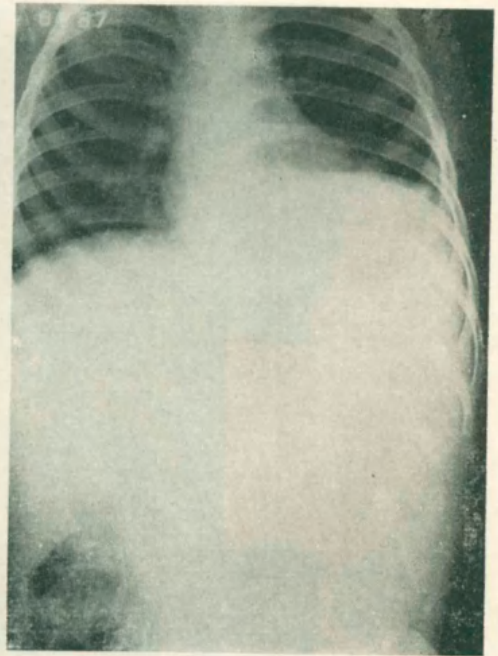


Figura 5

Radiografía de colon con enema opaca. La tumoración está rodeada por el colon, el que aparece desviado hacia abajo dentro y adelante de la misma. (Figura 6).

Aparato circulatorio: Presión máxima: 11'5 y mínima 6. Los demás emuntorios y aparatos normales. Exámenes complementarios de laboratorio: Sangre: urea: 0,90; glóbulos blancos: 27,600; glóbulos rojos: 3.678.000.

Operación. — Anestesia por gases. Lumbotomía exploradora. Transfusión durante el acto operatorio. Incisión de Bazy amplia, accidentada por desconocimiento de sus reparos anatómicos. Habiéndose lesionado el peritoneo e interesando también parcialmente el colon descendente que estaba adherente a la tumoración. Se protege y repara de inmediato el intestino en la forma habitual y se cierra el peritoneo. Separando los labios de la incisión se la prolonga hacia atrás y allí se palpa la fibrosa perirenal tensa por un derrame líquido. Por punción, se extraen 2500 c.c. de líquido urohémático, sin coágulos. Se explora la superficie renal que presenta abolladuras

y una perforación vecina al polo inferior donde penetraba el pulpejo del dedo y se caía dentro de una amplia cavidad tabicada a expensas de un parénquima renal hidronefrótico. Por tratarse de un riñón patológico roto y siendo su adelfo funcionalmente bueno se practica una nefrectomía; laboriosa por las íntimas adherencias que presentaba el polo superior renal al diafragma. Se libera el pedículo renal cuyos elementos aparecen atroficos y dispersos y se los liga por separado. Luego se procede a la ectomía del órgano y un buen trozo de uréter dilatado.



Figura 6

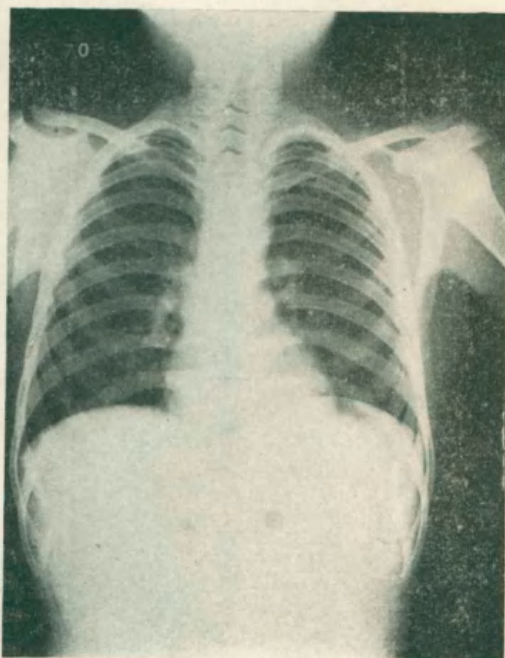


Figura 7

Como la celda renal sangra en napa y no es posible cohibirla se coloca una gran gasa de taponamiento y avenamiento. La pared se reparó con dos planos músculo aponeuróticos y la piel con hilo.

Post-operatorio. — 1º día: Pulso 120; vómitos y ligero ileus paralítico. Plasma 300 c.c.; tonificación cardíaca. Penicilina. Su micción fué de 500 c.c. 2º día: Pulso 120', continúa el ileus. diuresis 800 c.c. Se efectúa la misma medicación. 3º día: Disminuye el meteorismo. Pulso 120', temperatura 38°5. Se continúa medicándolo en igual forma. Diuresis 255 c.c. 4º día: Pulso 100', temperatura 39°2, diuresis 1015 c.c. 5º día: Pulso 100', temperatura 37°. Diuresis normal. Mueve el vientre; se lo alimenta.

Curación. — Se extraen gasas de taponamiento. Un nuevo examen de urea en sangre da 0,51. 6º día: Se retira totalmente la gasa de taponamiento reemplazándola por drenaje de goma de guante. Se continúan las curaciones planas hasta su curación total a los 20 días. Radiografía de tórax muestra que el diafragma está a nivel normal. (Figura 7.).

Examen anátomo patológico. — Realizado por el Dr. D. Colillas a quien agradezco su gentileza.

Examen macroscópico. — Aspecto del órgano por su cara lateral y orificio de rotura (sonda

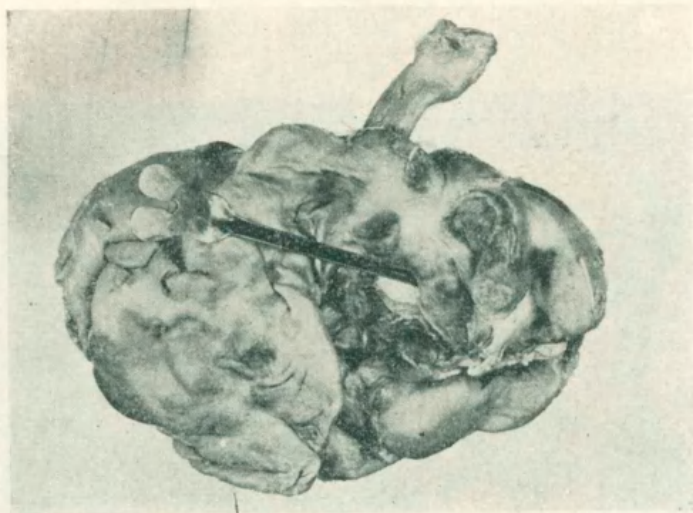


Figura 8

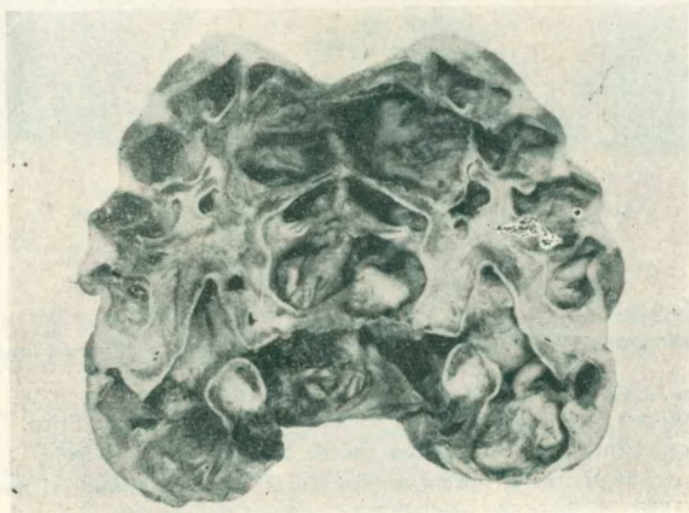


Figura 9

acanalada); corte longitudinal mostrando las dilataciones. (Figuras 8 y 9).

Análisis N° 106115. El cuadro histológico varía como es natural de una zona a otra: tomemos lo que consideramos como más típico bajo el punto de vista del diagnóstico clínico que

se ha formulado. Nos encontramos con una cavidad resultado del corte de la cúpula de un cáliz dilatado, de forma en general regular pero mostrando algunas entradas poco profundas en el paréquima; está revestido en parte por un epitelio estratificado, en arte es una sola hilera que recubre la cavidad y finalmente en algunos sectores no se observa ningún epitelio de revestimiento; las células epiteliales son de forma variada, cúbicas, globulosas, alargadas, planas, respondiendo

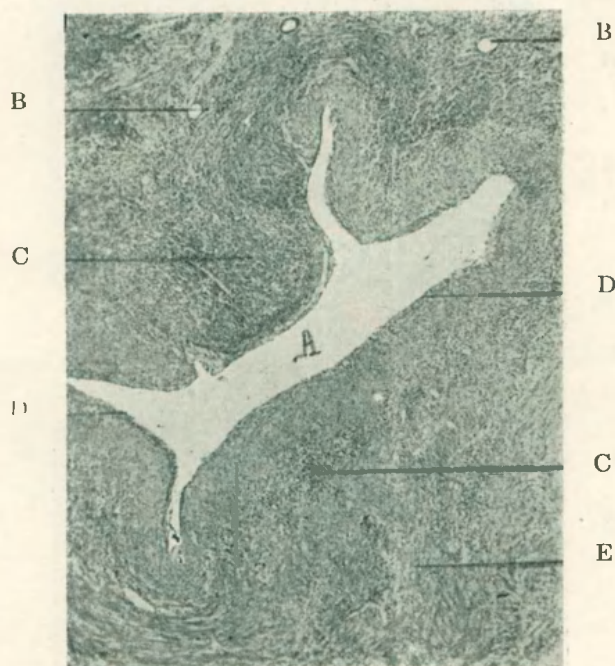


Figura 10

Sección transversal de la cúpula de un cáliz. A. luz de la cúpula. B B, conductos urinarios atróficos. C C, exudados leucocitarios. D D, Epitelio de revestimiento.

bastante bien al llamado epitelio de transición, eso sí, con las modalidades impresas debido a la distensión más o menos pronunciada que han experimentado los cálices.

Estas células no parecen asentar sobre una base propiamente dicha, pues la que hace como tal no es sino una condensación de los elementos conjuntivos más superficiales. Por debajo del epitelio de revestimiento encontramos un aspecto variable: en algunas zonas vemos una serie de tubos colectores con características normales incluidos en un estroma algo más abundante que lo habitual, y un poco más rico en fibrillas; desplazando la observación hacia la cortical observamos

un aspecto sensiblemente normal, tanto en lo que concierne a glomérulos y tubos secretores, como el estroma; nos encontramos pues con un sector de riñón histológicamente sano aparentemente. En otras zonas por debajo del epitelio que tapiza la cavidad se hace presente una capa de tejido escleroso de poco espesor que luego va aumentando en importancia, se hace más grueso y envía prolongaciones en el espesor del parénquima renal, en el seno de esta masa de esclerosis aparecen

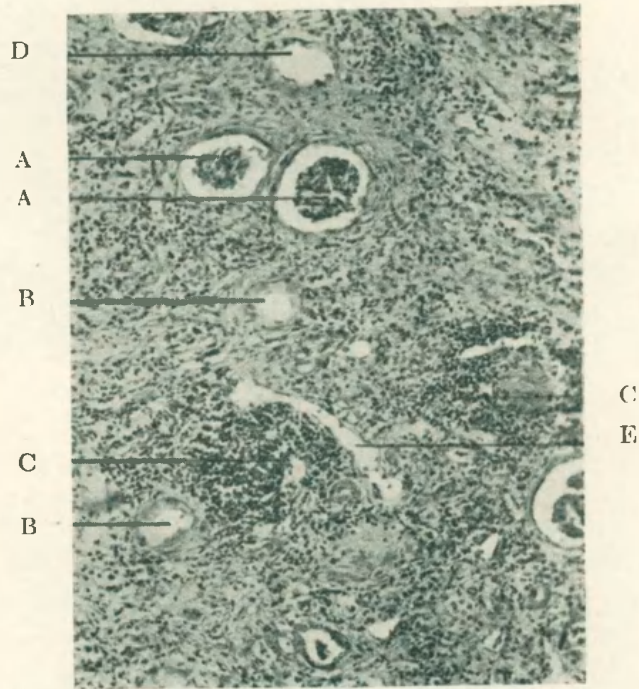


Figura 11

A A, glomérulos. B B, tubos secretores. C C, infiltrados linfoplasmocitarios. D, tubo excretor. E, vaso sanguíneo.

un cierto número de tubos unos aún más o menos bien conservados otros en vía de atrofia; estas lesiones son precedidas por infiltrados inflamatorios de mayor o menor importancia de los cuales se ven aún restos en plena zona de fibrosis cicatricial-exudados también vemos en la cortical bajo la forma de acúmulos leucocitarios a predominio linfocitario de mayor o menor importancia.

Este aspecto general que hemos esbozado aquí, cambia en ciertos puntos por acentuamiento de las lesiones inflamatorias que tienden al aniquilamiento del parénquima renal; se ve amplias playas de tejido fibroso, en el seno del cual aparece uno que otro canalículo urinario además de un infiltrado linfoplasmocitario difuso y en focos. Este tejido de esclerosis ha generado retraccio-

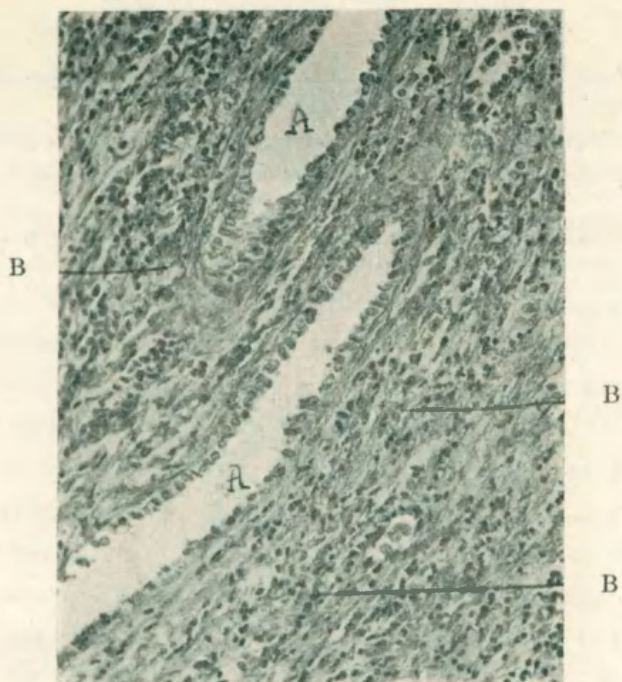


Figura 12

A A, tubos colectores. B B, tejido conjuntivo de reacción inflamatoria.

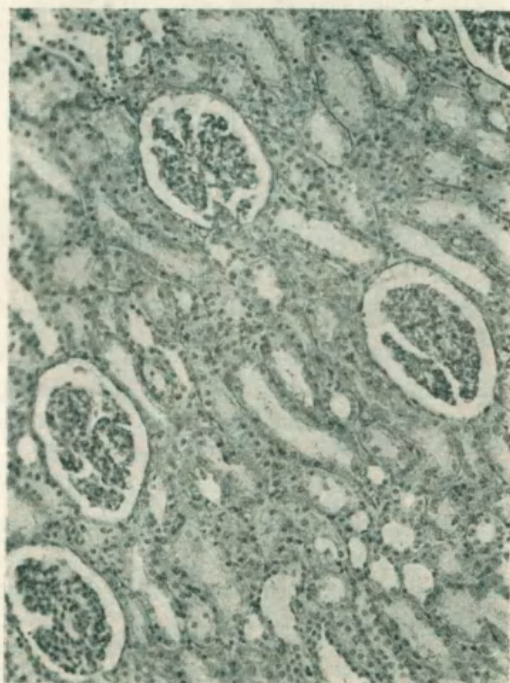


Figura 13

Cortical del riñon; de aspecto sensiblemente normal. Se observa glomerulos y tubos secretorios; las alteraciones que muestran son debidas seguramente a defectos de fijación.

nes del parénquima renal que ha de haber producido variaciones en la forma del rgano (que no hemos visto intacto).

Debemos añadir algún aspecto del epitelio de algunos sectores de la pelvis en donde contrariamente a lo que era de esperarse, aparece apreciablemente hiperplasiado como lo muestra una de las microfotos.

Diagnóstico. — Nefrosclerosis retractsil hidronefrótica. Microfotografía figuras 10, 11, 12, 13 y 14.

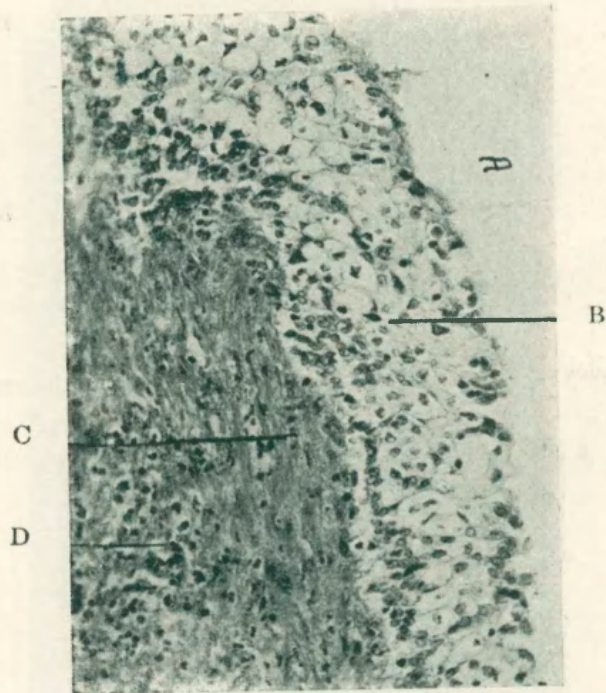


Figura 14

Sector de la pared de un cáliz o bacinete. A, luz del bacinete. B, Epitelio de revestimiento hiperplasiado. C, esclerosis cicatricial. D, infiltrado linfocitario.

Consideraciones generales sobre las teorías del traumatismo renal

De los diversos tipos de contusión renal, los de causa directa son los que más frecuentemente producen la rotura del riñón.

Nos parece de interés recordar las teorías de su mecanismo que según Küster la rotura se produciría por abducción brusca de la última costilla contra la columna vertebral y con aumento de la presión hidráulica de la orina contenida en la glándula que produce su estallido.

Para Guterbach, existiría una reducción de la celda renal con flexión del órgano y aumento de presión hidráulica con su correspondiente rotura.

Krogius y Hamalainen, atribuyen la rotura a una compresión o percusión ejercitada exteriormente sobre el órgano y no por acción hidráulica de Küster.

Santoro, citado por Nisio, se funda sobre la presión hidráulica del riñón, experimentalmente, llega a la siguiente conclusión: el riñón puede considerarse como una masa espesa y móvil circundada por una atmósfera semilíquida de 2 a 3 cms. de espesor. Ella está sostenida por su pedículo vascular que está sólidamente fijo a su implantación en los grandes vasos.

Este pedículo permite al riñón movimientos hacia la línea media o de rotación hacia arriba y abajo pero no le permite algún alejamiento hacia la parte externa del cuerpo.

En los traumatismos de causa indirecta el riñón sufre una separación brusca que supera las posibilidades fisiológicas y que ejercen sobre el pedículo vascular, una tracción rápida más o menos violenta que puede determinar las más variadas alteraciones traumáticas de los vasos del hilio (laceración parcial, trombosis, aneurisma, etc.). En la mayoría de los casos el pedículo resiste, mientras el efecto de la tracción rápida retrasmite a las ramificaciones interrenales del vaso que forma como dice Gerard, una especie de armazón notablemente más sólido que la del tejido renal.

En los caídos, en el momento en que el cuerpo choca al plano resistente, la orina contenida en el riñón se proyecta hacia la periferia del parénquima renal, determinando un aumento considerable de la tensión. Como consecuencia el parénquima renal viene a encontrarse expuesto e impregnado de diversas fuerzas antagónicas, aumento de tensión periférica, tracción sobre los vasos intrarrenales, los cuales determinan todas las variedades de roturas.

Alteraciones anatómo patológicas del riñón contuso

Las roturas del parénquima que evolucionan espontáneamente a la curación, lo hacen en base a una cicatriz formada a expensas de un aflujo leucocitario y una regeneración por tejido conectivo intertubular y capsular.

Pienzo, Wolff y Santoro mencionados por Nisio, niegan alguna neofrmación de los tubos uriníferos y glomérulos en el tejido de la cicatriz, que resulta constituida del tejido conectivo de la cápsula propia con la participación a veces de otros tejidos circundantes del riñón. Las lesiones que interesan la médula son más graves, la cicatrización engloba el riñón y trae la atrofia renal y la pérdida de su función total.

Teniendo en cuenta la magnitud de estas lesiones, pensemos como hay que encarar todo traumatismo de riñón, por leve que fuese.

Secuelas de la contusión renal

Lo encararemos si es un asegurado por accidentes de trabajo, bajo el punto de vista médico legal y si no lo es como nuestro caso, puramente bajo la faz del médico consciente.

La contusión renal puede producirse en un riñón normal o patológico. Para el caso mdico legal del asegurado da lo mismo. Nisio dice, que el perito en una contusión de riñón debe examinar después de un trauma grave:

| | |
|---|---|
| 1º El estado de la región traumatizada. | { Cicatriz. Plano músculo aponeurótico. Esqueleto. Músculo y nervio. |
| 2º El valor del riñón subsistente y su repercusión sobre la economía. | { Análisis de orinas. Pruebas funcionales. Radiografías. |
| 3º Déficit laborativa. | En su fundamento biológico. |

Existe después del traumatismo una hipertrofia compensadora del riñón opuesto que se manifiesta a los 6 ó 7 meses y cuyo origen se explica por las siguientes leyes teóricas.

| | |
|--------------------|--|
| y) Ley de Grawitz. | Hipertrofia sola con aumento fisiológico. |
| 2) Ley de Israël. | { Hiperplasia por proliferación y multiplicación de los elementos funcionales. Acrecentamiento embriológico. |
| 3) Ley Intermedia. | { Hipertrofia e hiperplasia no del nefrón sino de las células de los tubos. |

En la nefrectomía por traumatismo en un riñón sano, la hipertrofia compensadora aparece inmediatamente y se traduce por aumento de peso, volumen y dobla la función. Si el riñón traumatizado era patológico de función nula, hay pocas modificaciones del riñón opuesto.

Sacerdoti ha demostrado la acción rápida de la nefrectomía sobre el ri-

riñón opuesto experimentalmente. Saca a un perro los riñones e inyecta a otro sano la sangre después de 24 ó 48 horas se determinan lesiones renales del epitelio en el sentido de la hipertrofia y la hiperplasia análogas a los del riñón subsistente después de la nefrectomía.

En la práctica conocemos algunas manifestaciones clínicas del riñón subsistente de los nefrectomizados, me refiero a las hematurias, dolor inmediato o alejado y la marcada oliguria con aumento de la concentración uréica.

Pero otras consecuencias pueden acaecer en el riñón monorrenal. Me refiero al estado de debilidad y por lo tanto riesgo con que quedan esos enfermos. Desde ya casi siempre ellos interrogan sobre las posibilidades de vida con un solo riñón en iguales condiciones que los birrenales. Ya por su propio discernimiento comprenden que se establece desde el momento del accidente que obligó a la nefrectomía, un estado de *risgo*. Efectivamente, el mismo existe pues un riñón subsistente en esas condiciones está más expuesto a infecciones, intoxicaciones, acción del frío, etc.

Grosser, citado por Nisio, por ejemplo, en 116 monorrenales congénitos, da su casuística: 50 % murieron por afecciones renales.

Bonadi ha demostrado experimentalmente que los animales nefrectomizados son más receptivos a las infecciones y a las intoxicaciones.

El riñón subsistente está también más expuesto a los traumatismos ya que está hipertrofiado y sobresale del reborde costal, por otra parte su fragilidad debe ser mayor para los esfuerzos de levantar peso o actividades deportivas.

En estas condiciones será necesario establecer los cuidados que deben tener estos enfermos con respecto a una vida higiénica dietética.

Bajo el punto de vista legal, también queda el nefrectomizado debilitado pero una vez establecido el equilibrio de la economía no se le reconoce ningún derecho ya que no hay incapacidad franca para el trabajo.

Esto debe ser motivo de reconsideración, pues si aunque no en la letra estos enfermos son particularmente considerados de menor capacidad laborativa, no se ha establecido la tasa del daño. Este daño es en realidad potencial y puede manifestarse después de transcurrido un tiempo. Por lo tanto hay que establecer en él la previsión de ese posible daño y el daño inevitable que se establece en tiempo más o menos largo ya que se ha dicho que el riñón restante del nefrectomizado, sufre un verdadero envejecimiento rápido de sus enunctorios.

El porcentaje de valoración del daño bajo el punto de vista legal, se han establecido según los autores, en las cifras más dispares, que llegan del

0 % al 100 % de incapacidad. Claro está que cada autor establece una cifra de acuerdo a su criterio.

Legue, valora con el 50 %, Lardennois, 30 %, etc. Ahora bien, se sobreentiende que en el caso de complicación grave, litiasis tuberculosa, etc. se debe considerar la pérdida total del órgano. En realidad hay que establecer grados de valoración de acuerdo a la pérdida de la funición.

Contusión del riñón normal, asistida por tratamiento médico

Comprende la mayoría de los casos y por lo tanto donde se cometen más errores de interpretación y valoración del daño.

Se sabe que en presencia de una contusión renal con hematuria aún inquietante y persistente, es buena la conducta de la expectación armada. Esta situación abstencionista lleva a la aparente curación de la mayoría de los traumatizados renales y es el procedimiento que observan generalmente los cirujanos generales con un criterio muy conservador. Pero hay que tener presente, que el practicar una lumbotomía exploradora no significa siempre una nefrectomía.

Los beneficios aparentes de esa abstención se demuestran en la interesante estadística de Sorrentino, que sobre 72 contusiones renales, 60 curaron espontáneamente, merced al reposo y con la ayuda de la medicación habitual. Habiéndose en ellos reducido la hemorragia en 2 ó 3 días y cesado al 6º ú 7º día; en los casos restantes la intervención fué decidida entre el 2º y 3º día. Lo que no sabemos es cual fué el estado funcional, la evolución alejada del riñón traumatizado.

Se ha creado la errónea convicción, que la curación médica de una rotura renal significa pues curación anáto-funcional. Esto no es cierto y tal creencia falsa puede dar errores groseros.

Me parecen demostrativos los casos de rotura de riñón no operados que voy a relatar. Jeannel, en un niño que fué investido por un automóvil tuvo una hematuria grave que fué curada en dos semanas, en un examen ulterior a los nueve meses del accidente, se nota en el riñón contuso una tumefacción y el cateterismo de los uréteres constata que el riñón lesionado estaba funcionalmente suprimido.

El otro caso de Pillet, de una rotura de riñón por caída de una escalera pegando con el flanco sobre el borde de una tina, le produjo hematuria persistente de 5 meses de duración.

Seis años después el paciente acusaba trastornos generales y locales, al examen objetivo reveló una tumefacción dolorosa renitente en el flanco lesio-

nado y el cateterismo de los uréteres demostró la completa supresión funcional del riñón traumático, mientras que el riñón opuesto resultaba normal.

Casos similares fueron relatados por Patel, Deton, Gerard, Escaf, Olivieri, etc.

En síntesis, que el médico perito en cualquier caso de los mencionados debe someter su paciente a todas las pruebas antes de cometer el error de declararlo curado.

En los riñones patológicos la rotura puede plantear problemas semejantes. Nuestro caso se trataba de un riñón hidronefrótico a deducir por el examen macroscópico anátomo patológico que hemos observado y algunos antecedentes clínicos de molestias lumbares que databan desde la primera infancia.

Se explica así una causa favorecedora del traumatismo en un riñón anormalmente grande y si bien legalmente no existe en este caso responsabilidad es menester resguardarlo de ulteriores accidentes que podrían costarle su vida.

En este tipo de riñón patológico, se han determinado dos clases de accidentes: de lesiones internas y externas.

El primero se debe a los traumatismos ligeros semejantes a la rotura subcapsular del riñón normal y produce una urohematonefrosis.

En el segundo caso de rotura externa se tiene la rotura de la hidronefrosis con extravasado en la atmósfera perirrenal del contenido del riñón uronefrótico. Esta eventualidad fué la que le ocurrió a nuestro enfermo.

La particularidad de estos riñones es que se lesionan con pequeños traumatismos o esfuerzo muscular, contracción muscular, por vómitos, por flexión exagerada del tronco, etc. y se han citado casos de rotura espontánea.

Eso se explica por la enorme tensión hidráulica dentro del riñón hidronefrótico. Después de la rotura del riñón hidronefrótico se tiene una inmediata extravasación del contenido urinoso o urohemático a veces séptico en la atmósfera perirrenal.

Si el accidente no se interviene de inmediato, la orina provoca en el espacio perirrenal la formación de una pseudo hidronefrosis.

Se han citado casos de curación espontánea que tuvieron como resultado la formación de tenaces adherencias perirrenales o en órganos vecinos, como el ciego.

También puede asistirse en los casos no intervenidos a una acentuación del proceso y a su enquistamiento.

Las operaciones tardías de esta complicación le trajeron a Reschke la muerte de su operado por anuria; el riñón opuesto era también hidronefrótico.

El riñón hidronefrótico es pues un riñón frágil, expuesto a los traumatismos más débiles que bajo el punto de vista médico legal se valora del 10 %

al 50 % de indemnización, en un accidente de trabajo y en caso de desequilibrio funcional podría llegar la indemnización al 100 %.

Síntesis

El interesante tema de los traumatismos renales es considerado en este trabajo con el fin de establecer el valor de la lumbotomía exploradora, en los serios traumas de esa glándula.

La abstención quirúrgica por su evolución más comúnmente favorable traen como consecuencia secuela que van de las neuralgias hasta la atrofia renal.

No es posible así, valorar legalmente el daño, establecer una honesta indemnización y vigilar las lesiones posteriores a la autonefrectomía de estos pacientes.

La observación que movió este trabajo fué la rotura del riñón por caída, en un niño que abandonado con tratamiento médico hizo una hematonefrosis y pseudonefrosis que obligó a la nefrectomía de un riñón, patológico hidronefrótico.

En los comentarios del caso se contempla la probable patogenia de la rotura renal. Así también las consecuencias de la misma con sus alteraciones compensadoras del riñón sano.

Finalmente se relata la evolución del riñón normal traumático y la del patológico, bajo el punto de vista médico legal y la valoración del daño.

REVISTA DE REVISTAS

JOURNAL OF UROLOGIE

Tumor del testículo: análisis de cien casos. Comunicación previa:
Lowry E. C., Beard D. E., Hewit L. W. & Barner J. L. Jour. of Urol.
'46, 55, 373, Abril.

Se estudian los tumores de testículos, con cien casos de los autores, comenzando por la incidencia, que ha sido, respecto de las edades: de menos de 20 años: 1; entre 20 y 30 años: 68; entre 30 y 40 años: 27 y de más de 40 años: 4.

Respecto de la clasificación:

| | |
|---|----|
| Teratoma (sólo tejido adulto), benigno | 1 |
| Teratoma (tipo mixto): | |
| Elementos adultos con carcinoma embrionario | 11 |
| adenocarcinoma | 4 |
| seminoma | 2 |
| dos o más de los anteriores | 7 |
| Carcinoma embrionaria (sin elementos adultos) | 27 |
| Seminoma (sin elementos adultos) | 24 |
| Adenocarcinoma (sin elementos adultos) | 21 |
| Rabdomiosarcoma | 1 |
| Fibroma | 1 |
| No clasificado | 1 |

100

Se sigue con los síntomas y diagnóstico diferencial. A este respecto es de hacer notar que los autores consideran sin valor la reacción de Friedmann, ya que su utilidad, para ser de valor diagnóstico, es causa de dilación de tratamiento. Por la misma razón desechan el dosaje de prolana.

A continuación hacen un estudio minucioso de las vías y estaciones ganglionares que siguen las metástasis, así como una estadística de los casos tratados según hubiera metástasis en el momento de la consulta, o los síntomas fuesen de 6 meses o más, o bien que en el momento de la consulta no hubiese metástasis demostrables o los síntomas datasen de menos de 6 meses.

El tratamiento consistió en orquidectomía inguinal (técnica de Dodson) y roentgenterapia postoperatoria profunda en la zona operada y en los distintos campos ganglionares.

Los resultados del tratamiento:

| | |
|---|----|
| Vivos, sanos y sin evidencia de metástasis | 68 |
| Vivos, con evidencias definidas de metástasis | 18 |
| Fallecidos | 14 |

Todavía no puede correlacionarse los resultados del tratamiento con la duración de la enfermedad antes del mismo, edad del paciente o tipo del tumor. Hay en cambio relación neta entre el resultado y la presencia de metástasis en el momento de la operación. De 24 que tenían metástasis al ser operados, 8 han fallecido y 8 están inválidos en el lecho. La roentgenterapia tiene escaso valor cuando se han producido metástasis aunque se debe efectuar con el beneficio de la duda por efectos paliativos y la aparente prolongación de la vida.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Cistometría en el estudio de la vejiga neurogénica traumática. Mullenix R. B. Jour. of Urol. '46, 55, 470, Mayo.

El autor presenta la aplicación práctica de una técnica personal de cistometría, en pacientes afectos de trastornos vesicales ocasionados por traumatismos medulares, en la última contienda bélica.

La técnica habitual consiste en medir la presión vesical al ser llenada con líquido, anotando en un sistema de coordenadas la presión correspondiente a cada 100 c.c. inyectados. Se mide así la presión en estado *pasivo* o de descanso de la vejiga, hasta alcanzar su capacidad, indicada por *dolor* o por escape de líquido alrededor del catéter uretral. Alcanzada dicha capacidad (deseo de orinar), se determina la presión que desarrolla en ese momento, un *esfuerzo activo*, voluntario, para evacuar ese contenido, valor conocido convencionalmente como *presión máxima voluntaria*. El autor modifica la determinación, midiendo cada 100 c.c. inyectados en la vejiga, no sólo la presión en estado *pasivo*, sino también y sistemáticamente, *la presión máxima voluntaria*. Este último proceder, considera que elimina la interferencia de un aumento de la presión intrínseca de la vejiga en el momento de estar distendida a su máximo, en el límite de la pérdida de su elasticidad, que se sumaría al esfuerzo activo, voluntario. Con el procedimiento aquí descrito, se obtienen dos curvas en el mismo gráfico, una pasiva y otra activa, cuya diferencia, dada por el área sombreada entre ambas, es nada menos que la *fuerza expulsiva* de la vejiga en estudio, lo cual es un dato importantísimo en el tratamiento a efectuar y en el pronóstico de la función.

El análisis de 18 pacientes estudiados por el autor, con la técnica antedicha, muestra el valor de las curvas así obtenidas. Todos aquellos que presentaban amplia diferencia entre ambas *pasiva* y *activa* o sea una *fuerza expulsiva* o *potencial evacuador* altos, pudieron luego recuperar la micción, luego de tratados con sonda permanente, sin necesidad de talla suprapúbica, con sólo cuatro excepciones (22%). En otros 24 pacientes, a los cuales se les pronosticó, con igual técnica, incapacidad permanente para orinar, a 23 de ellos hubo que practicarles cistostomía.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Hormonoterapia en práctica urológica. *Young H. McC.* Jour. of Urol. '46. 55, 641, Junio.

Considera el autor que los riñones hipoplásticos, con déficit dinámico pieloureteral demostrable por el pielograma, son susceptibles de espasmo y dolor. Dada la vinculación embriológica con las gonadas, ha estudiado la coexistencia de riñones hipoplásticos dolorosos con influencia ovárica. En esos casos es de simple lógica la institución de varioterapia, que alivia los síntomas generales y locales. Explica el autor esa respuesta, basándose en la acción parasimpáticomimética de la foliculina. Ella relaja el espasmo ureteral y mejora la micción relajando el esfínter vesical estimulando el detrusor. Caso contrario es el de la testosterona, que, según el autor es antagónica de la foliculina, no sólo respecto que la diferenciación del sexo, sino también en cuanto que es simpáticomimética. Esto debe recordarse al prescribir esas hormonas, no importa cual sea el sexo del paciente, sino respecto de la acción deseada, evitando las acciones antagónicas de las drogas simpático y parasimpáticomiméticas comúnmente usadas (adrenalina, colina, prostigmina, etc.). También la tiroides debe tenerse en cuenta: cuando en el caso urológico a tratar, la presión sanguínea tiende a ser alta y la tiroides hiperactiva, debe usarse foliculina, la hormona sedante. Por otro lado, si la tiroides es perezosa (tasa metabólica baja, la paciente es asténica, fatigable, etc.), está claramente indicada la testosterona, hormona simpáticomimética.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Uréterolitomía vaginal. *Garvey F. K. y Gomberg D.* Jour. of Urol. '46, 56, 49, Julio.

Se consideran las ventajas e inconvenientes del abordaje vaginal para la extracción de cálculos en el uréter inferior. Los requisitos indispensables para efectuar esta técnica (Shaw, 1935), son: que el cálculo sea palpable por vía vaginal y que la mujer no sea nulípara. En una paciente primípara, en que la técnica resultaba difícil se efectuó una episiotomía. Se muestran las complicaciones del procedimiento y se considera que los peligros de fistula uréterovaginal han sido exagerados. Se describe una modificación de técnica que aparentemente causa menor alteración de la irrigación sanguínea ureteral y disminuye el riesgo de apertura del peritoneo y de la vejiga. Con esta comunicación se agregan 13 casos a la creciente lista mundial, doce con éxito favorable y un fracaso.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

La investigación de la función espermatogénica testicular en casos de azoospermia. *Huhner M.* Journ. of Urol. 46, 56', 266, Agosto.

Preconiza el autor el procedimiento de punción testicular, empleado por él desde hace más de treinta años, para determinar la capacidad espermatogénica del testículo, en casos de azoospermia, a los fines de indicar la terapéutica debida. Considera que es superior al más moderno de la biopsia a cielo abierto por las siguientes razones: 1) extrae material de distintas zonas testiculares y de epidídimo, en tanto que la biopsia es localizada y no pueden efectuarse tomas múltiples; 2) el método es más simple y rápido, no requiere anestesia; 3) el paciente puede continuar su vida habitual des horas después de efectuada la punción aspiradora.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Perforación instrumental de ureter. *Howard F. S.* Jour. of Urol. '46, 56, p. 319, Septiembre.

Se comunican ocho casos de perforación instrumental de uréter. Probablemente dicho accidente sea más común de lo que parecería indicar el escaso número de casos comprobados.

Cuando la brecha en el uréter es pequeña y no hay obstrucción ureteral por debajo, no se produce, generalmente, ninguna reacción desfavorable al traumatismo y rápidamente el paciente cura sin necesidad de intervenir. Todo lo contrario pasa si las condiciones son opuestas, y la situación es grave al producirse extravasación urinaria amplia y continuada: la intervención para drenarla se impone. Las perforaciones por instrumentos gruesos suelen ser más serias que las ocasionadas por catéteres delgados. En sí misma, la perforación instrumental del uréter exige expectación más que cirugía de urgencia. El momento del drenaje quirúrgico se determina por el criterio del cirujano y la situación individual presente: los tres casos presentados, que requirieron operación, fueron intervenidos al 5º, 15º y 1º día de la perforación. La mayoría de los pacientes que curan sin operación, ya están bien a las 24 horas del traumatismo.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Colesteatoma de epidídimo. *Kundert P. R.* Jour. of Urol. '46, 56, 454, Octubre.

Se presenta un caso de tumor benigno de cabeza de epidídimo en un hombre de 23 años. Efectuada la epididimectomía, el estudio anatómopatológico reveló una formación poliquística con depósitos abundantes de cristales de colesterol. Se diagnosticó: colesteatoma de epidídimo. No hay ningún caso semejante publicado hasta el momento actual. El concepto de colesteatoma y su origen patogénico son muy discutidos. Los factores más aceptados son: la inflamación crónica, el traumatismo y las inclusiones embrionarias de células epiteliales. El caso presente acusaba un antecedente traumático.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Actinomicosis de testículo. *Baker W. J. y Ragins A. B.* Jour. of Urol. '46, 56, 547, Noviembre.

Se comunica un caso de actinomicosis del testículo en un hombre de 77 años, como hallazgo incidental al efectuar orquidectomía bilateral como tratamiento de un carcinoma de próstata. El examen microscópico de los abscesos testiculares hallados al corte macroscópico, revelaron la estructura característica del micelio actinomicótico. El autor cree que dicha infección es debida probablemente a una diseminación hematogena de algún otro foco primario del organismo.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Anomalías del uraco: persistencia de vejiga fetal. *Simon H. E. y Brandeberry N. A.* Jour. of Urol. '46, 55, 401, Abril.

Se presenta un caso de fístula congénita umbilicovesical en el cual, la no formación del uraco originó una vejiga fetal persistente. Es de notar la afirmación de los autores, que rechazan el concepto del uraco como porción proximal del conducto alantoide y lo consideran en cambio como una porción distal, estrechada progresivamente, de la parte ventral de la cloaca, o sea

de la vejiga embrionaria, que en embriones de 10 a 24 mm. alcanza el ombligo. Allí recién se inicia, hacia la porción extraembrionaria, el conducto alantoides.

El caso presentado corresponde a la anomalía más frecuente del uraco y es la causa habitual de fístula urinaria umbilical.

El cierre de este tipo de defecto es a menudo espontáneo o por lo menos, en casos no complicados, constituye un problema quirúrgico simple de baja mortalidad. En el caso presente, la presencia de insuficiencia renal debida a otras anomalías del árbol urinario que se sospecharon, hizo diferir el tratamiento quirúrgico. Los halazgos necróticos (hidroureter bilateral, hidronefrosis izquierda y atrasia renal derecha) confirmaron dichas presunciones.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

El tratamiento de infecciones por *Bacillus proteus* con N U-445. Sarnoff S. J., Freeman M. A. e Hyman A. A. Jour. of Urol. '46, 55, 417, Abril.

Los autores presentan 14 casos de infección a *Proteus* del tracto urinario y uno de infección local de la órbita. Se trataron todos ellos con Nu-445 (3-4-dimetil-5-sulfanilamido-isoxazol), el que puede emplearse oralmente (a igual dosis que el sulfatiazol), intravenoso, intramuscular o en irrigaciones locales a una concentración habitual de su sal de litio del 10 %. De todos los casos así tratados, 11 fueron influidos favorablemente y en nueve se obtuvieron modificaciones bacteriológicas, consistentes en tres cultivos sucesivos negativos.

Las conclusiones obtenidas son preliminares y provisionales, ya que este estudio no es lo suficientemente extensivo para obtener efecto curativo. Empero se considera que en la mayoría de los casos se puede obtener una modificación favorable en el curso de la enfermedad.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

El estado actual de la hipertensión renal unilateral (debe entenderse por nefropatía unilateral). Kittredge W. E. y Brown H. G. Jour. of Urol. '46, 55, 213, Marzo.

Los autores presentan cuatro casos de nefropatía quirúrgica unilateral acompañada de hipertensión arterial. Tres de esos casos fueron de riñón atrófico por pielonefritis crónica, calculosa es uno de ellos. La nefrectomía fué seguida por mejoría subjetiva y descenso notable de la presión sanguínea. El otro caso relatado (caso 2), un ántrax de riñón, no presentó sino descenso inmediato de la tensión luego de la nefrectomía: siete meses después de la intervención, la presión era mayor que antes de la misma.

Se cree que, por un mecanismo humoral, originado en el riñón enfermo por isquemia, la nefropatía unilateral, quirúrgica, puede generar hipertensión: no pasa ello de ser una simple hipótesis, ya que la incidencia de hipertensión en enfermedad renal unilateral, no es mayor que en un grupo de control tomado al azar, entre pacientes de edades comparables.

Todos los pacientes hipertensos, cuyo mecanismo no se explique de otra manera, deben ser sometidos a un riguroso estudio urológico, con pruebas funcionales de riñón, para descubrir la posibilidad de una nefropatía unilateral.

Sólo un pequeño porcentaje de pacientes hipertensos con padecimiento renal unilateral, susceptible de nefrectomía, podrán esperar mejoría luego de dicho tratamiento. La duración de la hipertensión condiciona grandemente la posibilidad de cura con la nefrectomía, pues los

cambios vasculares irreversibles, consecutivos a la hipertensión crónica, en el riñón opuesto, en apariencia sano, impedirán la normalización de la presión.

La evidencia clínica actual es que, de los procesos quirúrgicos unilaterales de riñón, que benefician de la nefrectomía, mejorando la hipertensión coexistente, la pielonefritis atrófica unilateral es el de más promisorios resultados. Siguen en orden decreciente: neoplasias, litiasis, hidronefrosis, tuberculosis.

Para apreciar el resultado postoperatorio hay que efectuar controles de la presión seguidos y prolongados: por lo menos durante un año. El sólo reposo pre y postoperatorio, así como la supresión de los irritantes tóxicos del riñón enfermo extirpado, pueden causar un descenso notable y transitorio de la tensión arterial.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Cálculos urinarios de xantina: presentación de dos casos. *Gersh I. y Meltzer H. L.*, Jour. of Urol. '46, 55, 169, Febrero.

Se presentan dos casos de litiasis urinaria, con crisis dolorosa renoureteral izquierda, el primero con orina alcalina y el segundo con orina ácida, eliminando en ambos casos, espontáneamente una concentración, cuyo estudio químico reveló ser, en el primero, de xantina y calcio y de xantina pus en el segundo.

En ambos casos no se visualizó imagen calcúlosa a rayos.

La frecuencia de los cálculos de xantina es notablemente rara: hasta hoy se han comunicado sólo 19 casos. Dada la íntima vinculación química de la xantina con el ácido úrico y la frecuencia de la litiasis úrica se piensa que la litiasis xantínica no debe ser tan rara. Cuando se sigue la tabla de Heller en el estudio químico de las concreciones urinarias, la reacción de la xantina a la murexida puede ser ocultada por el ácido úrico. Se sugiere, entonces, que todo material que dé reacción positiva para el ácido úrico, sea tratado con solución de agua oxigenada, para determinar un posible aumento de color después de ese tratamiento: una reacción positiva indica que está presente una purina precursora del ácido úrico, como es la xantina. De este modo podrán ser descubiertas más piedras de esa composición que hasta el momento actual.

B. B. Bottini y J. R. Borzone.

Determinación de las potencialidades de espermatozoides humanos. *Brown R. L. Capt.* Jour. of Urol. '46, 55, 133, Enero.

Considérase en este trabajo que ya es insostenible el antiguo criterio de evaluar la potencialidad de los espermatozoides humanos por su concentración y por sus anomalías morfológicas. La capacidad fertilizadora de los espermatozoides reside en el adecuado número de los mismos que puedan resistir el bajo pH vaginal, emigrar a través del canal cervical, soportar la temperatura corporal el tiempo suficiente para ponerse en contacto con el huevo que les sale al encuentro y ser citológicamente normales para llevar a cabo la fertilización. Insuficiencia permanente debe muy rara vez ser diagnosticada basándose en una sola eyaculación, pues esa capacidad está sometida a fluctuaciones, que sólo permitirán concluir potencialidad suficiente o insuficiente después de semanas o meses de evolución.

Se comparan y evalúan métodos para determinar resistencia de espermatozoides. En esa

comparación resulta útil como testigo un espermicida químico, el ftalato ácido de potasio al 2.8 %. También es útil en esa comparación de resistencias, la duración de la movilidad a temperatura constante.

El promedio de sobrevivida de espermatozoides en alrededor de 500 eyaculados humanos, mezclados con igual volumen de ftalato ácido de potasio al 2.8 %, fué de 45 minutos a 37°, 55 minutos a 28° y 60 minutos a 5°. El esperma de 9 supuestos dadores infecundos dió tiempos menores de 18 minutos a 37°, menos de 25 minutos a 28° y menos de 30 minutos a 5°. Los espermatozoides de 80 dadores normales se inmovilizaron después de un promedio de 18 horas a 37°, 55 horas a 28° y 105 horas a 5°. El tiempo de muerte de los espermatozoides con ftalato ácido de potasio se redujo a 5 minutos o menos después de la mitad de esos tiempos y a sus respectivas temperaturas. Para los 9 dadores infecundos, el número de horas requerido para el cese de la motilidad fué aproximadamente el 40 por ciento de esos tiempos.

B. B. Bottini y J. R. Borzone

THE BRITISH JOURNAL OF UROLOGY

Piuria abacteriana desde un nuevo punto de vista por *G. H. Baines*. The British Journal of Urology, marzo 1947.

Es una entidad aceptada pero de etiología obscura. Común en los campamentos militares donde evoluciona en forma distinta a la misma afección en la vida privada. Los fenómenos vesicales en ella observados son secundarios a las lesiones uretrales venéreas. El germen es posiblemente habitual huésped del tracto urinario femenino. Parecería existir cierta relación entre ese tipo de piuria con las epididimitis no específicas y el síndrome de Reiter's.

En estos casos el test terapéutico serviría como diagnóstico ya que toda la bacteriología es negativa. Esos casos no responden a los alcalis, sulfanamidas o penicilina pero sí con pequeñas dosis de N A B (neo-arseno-benzol) — (0.30 x 3).

Se han comprobado signos comunes como el dolor y lesiones a la cistoscopia de edema y ulceraciones que se extienden sobre todo en bajo fondo vesical y orificios uretrales.

Todas estas lesiones mejoran rápidamente en horas, por la acción del arseno benzol cuando se trata de verdaderas piurias abacterianas.

J. Itazu.

Un test pielográfico de fijación renal durante la respiración por *Francisco Martino Savino*, Madrid. The British Journal of Urology, marzo 1947.

El diagnóstico de absceso perinefrítico y de estados agudos no supurados como el carbúnculo renal y el forúnculo cortical renal es a veces difícil, dice el autor, sobre todo en el primer estado.

El signo tendría valor si se acompaña de dolor lumbar, leucositosis e hipertermia. Según su experiencia la presencia de este signo justifica la lumbotomía. El mismo signo tendría valor en el diagnóstico de las afecciones agudas de la glándula suprarrenal.

El signo mencionado se ve obteniendo dos exposiciones tomadas del pielograma de relleno bilateral, primero se toma un pielograma ordinario, sin que el paciente respire, seguido la segunda

exposición, durante la cual el paciente respira (2 a 5 veces). En estas circunstancias el riñón atacado de perinefritis aguda, como no se mueve con la respiración, presente una sombra de la pelvis igual en ambos films. El signo es entonces positivo. Por el contrario la sombra pelvica del riñón móvil será de contornos netos en la primer radiografía mientras que en el segundo la sombra será, marcadamente movida sin precisos contornos debido a los movimientos respiratorios.

J. Irujo.

JOURNAL D'UROLOGIE

Nota preliminar sobre la técnica y las indicaciones de la adenomectomía prostática por vía supra y retropubiana extravascular (operación de T. Millin) por R. Couvelaire, Journal D'Urologie. T. 53, pág. 98, año 1946-47.

Comienza el autor por reconocer con admiración el lugar adquirido y conservado por Gran Bretaña en la enucleación de las adenomas prostáticos por vía hipogástrica. Adquirió ese lugar con Freyer y lo conserva hoy con Terence-Millin, que aplica por vía supra y retropubiana los principios de la operación perineal.

Presenta su estadística personal de 12 casos en seis meses, llegando a las conclusiones siguientes. 1º no da una mortalidad mayor que la de otras técnicas; 2º cura al operado más rápidamente; 3º cura eficiente.

Los 12 casos operados comprenden: 11 adenomas, 1 prostatitis; 11 operaciones en un tiempo y 1 en 2 tiempos.

La experiencia de sus 12 casos le permiten creer que son suficientes para llamar la atención en Francia, sobre un método que no es correcto ignorar, ni es permitido desechar, en nombre de las copiosas estadísticas destinadas a demostrar la seguridad que ofrecen otros procedimientos.

A. Pujol.

Reflexiones sobre prostatectomía extravascular retropubiana de T. Millin por *Gouverneur et Pierre Aboulker*, Journal D'Urologie. T. 53, pág. 105, año 1946-47.

El objeto principal de este artículo es, según los autores, el estudio de la técnica de Terence-Millin, la cual uno de ellos fué a aprenderla a Londres mismo y del propio Millin: quien les permitió presenciarla varias veces y hasta intervenir en calidad de ayudantes. Ellos siguieron dicha técnica en Necher y la describen en este artículo.

La originalidad de esta nueva intervención consiste en efectuar por vía extravascular, la enucleación del adenoma fuera de la glándula prostática así como lo hace la prostatectomía perineal: pero pasando por vía suprapubiana retrosinfisiana; y de reconstituir sobre una sonda uretral dejada a permanencia, la "loge" de la enucleación del adenoma.

Contrariamente a lo que puede pensarse, el abordamiento de la cara anterior de la próstata por la vía suprapubiana es fácil, a condición de tener una excelente anestesia parietal. En efecto es necesario, no solamente un perfecto relajamiento muscular de la parte infraumbilical del abdomen sino también un silencio abdominal completo, la ausencia de todo empuje hacia fuera de las vísceras, por cuanto la región operatoria está coronada por el saco peritoneal, que debe perman-

necer inmóvil durante la intervención. Estas dos condiciones se pueden asegurar mediante la raquiánestesia o por la anestesia general. La posición que adoptará el enfermo es la de decúbito horizontal o la con inclinación cefálica muy ligera. La posición Trendelenburg tiene el inconveniente de ocultar la región operatoria.

Con respecto al instrumental es poco lo que merece ser anotado. Lógicamente se comprende que se necesitan instrumentos largos, pinzas hemostáticas, agujas curvas, finas y largas montadas en portagujas a falta de la aguja de Harris que resulta muy cómoda para pasar los puntos en la profundidad. La cuestión del separador es más difícil de resolver. Millin utiliza el separador a cuadro de Harris con paletas largas y delgadas. Los autores recomiendan el separador autoestático de Cotte que se emplea para la cirugía pelviana. Será también indispensable el uso del bisturí eléctrico y de un aspirador.

El interés que puede tener para los urólogos la descripción de la técnica de Millin nos incita a transcribirla en forma completa más bien que a resumirla del artículo original.

"La incisión es mediana, más o menos extendida hacia el ombligo según la talla y el estado de gordura del paciente. Se incide la aponeurosis y se separan los músculos rectos hasta el ras de la sínfisis pubiana, así como la fascia transversalis. El espacio de Retzius se abre y se coloca el separadortransversalmente."

"Entonces, muy suavemente, el dedo penetra en el espacio de Retzius, despega el tejido celuloadiposo a nivel de la línea media y de las caras laterales de la vejiga; se colocará entonces, si es necesario, la lámina superior del separador. Será necesario actuar muy prudentemente para no desgarrar las venas del plexo de Santorini; con el dedo recubierto por una gasa, o con gasa montada, se empujará muy delicadamente el tejido celuloadiposo que recubre la cara anterior de la lámina preprostática y se llega así a la cara profunda del ligamento arqueado subpubiano, en contacto con la bifurcación de la vena dorsal profunda de la verga, que alimenta al plexo de Santorini. Las casi veinticinco intervenciones que hemos realizado o que hemos visto realizar a Millin nos han demostrado que las venas preprostáticas tienen una disposición muy variable, pueden encontrarse libres o contenidas en el espesor de la lámina preprostática. Cuando están libres se les ve serpentear y se las puede tomar una a una, ligarlas o coagularlas. Es necesario hacer esta hemostasia muy cuidadosamente a fin de poder proseguir fácilmente la intervención. Cuando están contenidas en el espesor de la lámina preprostática, se seccionan juntamente con esta lámina y luego se hace la hemostasia en masa. Se desprende entonces la cara anterior de la lámina prostática en toda su anchura; se despega ligeramente el receso lateroprostático y se coloca de un lado y otro de la glándula un pequeño campo, la región operatoria queda así expuesta. Para abordar la próstata es necesario incidir la lámina preprostática, ésta es una lámina gruesa de 3 a 5 milímetros, constituida por fibras aponeuróticas, fibras musculares transversales pertenecientes al esfínter estriado y fibras lisas. Contiene en su espesor algunas arteriolas pequeñas y venas voluminosas. Se repara fácilmente por la vista o por la palpación el punto de unión prostatovesical y a bisturí eléctrico se incide transversalmente toda la cara anterior de la lámina preprostática a una distancia variable de la vejiga según sean las dimensiones de la próstata y de la salida que forma el adenoma, de 5 a 10 milímetros en general."

"Desde la incisión la hemorragia oscurece el campo operatorio; el ayudante deberá asegurar la visibilidad mediante el empleo continuo del aspirador. Se pueden pinzar uno a uno los vasos que sangran y electrocoagularlos. Si la hemorragia es importante, se puede asegurar la hemostasia temporaria tomando el labio inferior de la incisión con pinzas de Duval que lo constriñen sin aplastarlo y luego se puede hacer la hemostasia definitiva tranquilamente. Después de la hemostasia, que deberá ser completa y minuciosa, el campo operatorio será secado por aspiración.

Se reparan con hilos los 2 labios, superior e inferior, de la incisión de la lámina preprostática; estos hilos de reparo servirán más tarde. En lugar de la incisión transversal ciertos autores ingleses han practicado una incisión vertical."

"Se está todavía separado del adenoma por un cierto espesor de la glándula prostática verdadera. A veces, después de la incisión de la lámina preprostática, se ve la salida blanquecina del adenoma. En otros casos es necesario todavía incidir la próstata misma antes de ver el adenoma que se va a enuclear."

"Se extrae entonces el separador; la mano se desliza en el espacio de Retzius; el dedo guiado por los hilos reparados penetra en el espacio periadenomatoso. El dedo cliva primero lateralmente, contornea el adenoma, va hacia arriba donde lo despega de la vejiga y rompe su adherencia con el cuello vesical. La pieza sólo está unida por la uretra supramontanal que es necesario seccionar al ras del adenoma. Para conseguir este propósito, se vuelve a colocar el separador y bajo el control de la vista se secciona la uretra a ras del adenoma, porque como en la operación de Freyer, es necesario evitar todo arrancamiento de la uretra membranosa. La adenomectomía está terminada. Se seca con el aspirador y se ve como se presenta la región operatoria."

"Entre los dos labios separados y reparados de la incisión de la hoja preprostática se ve la cavidad de la "loge" de enucleación limitada lateralmente por la glándula prostática desplazada. Hacia abajo la sección de la uretra montanal. Hacia arriba la base de la vejiga que, liberada de los ligamentos pubovesicales presenta su orificio vesical accesible. De un lado y otro de este orificio las arterias prostáticas sangran en chorro; se pinzan y coagulan. El cirujano se sorprende siempre de las pequeñas dimensiones del orificio vesical 6 a 8 milímetros de diámetro y se puede temer que su cicatrización no acarree una estenosis. No es éste un temor ilusorio: Millin, en sus 75 primeros operados lo ha observado 2 veces. Para prevenir esta complicación Millin ahora agranda este orificio resecaando el labio posterior con el bisturí eléctrico."

"Ahora se reconstruirá la cavidad dejada por la enucleación sobre sonda. Es ésta una sonda de caucho muy blanda, a gran diámetro interior, con extremo redondo y 2 ojos laterales. Se la introduce montada sobre mandrín, atravesará la cavidad de enucleación y se la hará penetrar en la vejiga. Se suturan primero longitudinalmente los dos labios de la glándula prostática con dificultades que pueden ser variables."

"Cuando se trata de un adenoma pequeño, la cavidad dejada por la enucleación es también pequeña, los labios a suturar están cerca uno del otro. Si en cambio el adenoma es voluminoso es más difícil de individualizar de una y otra parte de la sonda los elementos a suturar. Esta sutura será continua, con catgut crómico N° 1. Se la recubrirá con un segundo plano de sutura transversal que se cruzará con el primero; se reúnen luego los 2 labios de la lámina preprostática valiéndose de los hilos dejados al principio como reparo que permitirán suturar completamente esta incisión."

"Se ha terminado con esto la reconstitución, se hace una última verificación de la hemostasia y después de aplicar sulfamida en la cavidad de Retzius se cierra la pared, dejando hacia adelante de la próstata un avenamiento pequeño. Es muy importante el fijar la sonda en buena posición, porque si se desplaza, puede asistirse al establecimiento de una fístula urinaria suprapubiana. Puede fijarse la sonda suturándola al prepucio y se completa luego esa fijación por los procedimientos habituales. Se inyectan 150 c.c. de agua caliente en la vejiga que se dejarán durante 1 hora; después de lo cual la sonda permanecerá abierta."

"Los cuidados post-operatorios son los habituales de toda intervención: tonicardíacos, inyecciones de suero fisiológico. Nuestros enfermeros y serenos, acostumbrados a cuidar prostáticos, se sorprenden por la simplicidad e indolencia del procedimiento. Mañana y tarde se asegurará

la perfecta permeabilidad de la sonda inyectándole algunos centímetros cúbicos de agua hervida, verificándose que no se haya desplazado, porque, repetimos, es muy importante que permanezca rigurosamente en su sitio."

"El drenaje suprapúbico se suprime al 4º ó 5º día. Las orinas primeramente sanguinolentas se aclaran con rapidez. Hacia el 10º ó 12º día se retira la sonda después de haber llenado la vejiga con agua; no tarda el operado en orinar espontáneamente; si esa micción tardase, es que existe un espasmo esfinteriano que cede con una inyección de morfina."

Los autores son de opinión que esta técnica debe reservarse para los enfermos poco o nada infectados, con orinas claras y buena función renal.

A. Pujol.

LIBROS RECIBIDOS

Cirugía perineal. Importancia actual en urología por *Eduardo Rioseco G.*
Jefe del Servicio de Urología del Hosp. Clínico Regional de Concepción
(Chile), vol. 180 pág., 60 ilustraciones.

Por gentileza de su autor hemos recibido este interesante libro sobre la importancia actual de la cirugía perineal en urología.

En él trata de indicar los procesos urogenitales que se benefician de ella y los compara con otras técnicas aplicadas a los mismos procesos.

Resume la anatomía de la región y aplicado a la técnica quirúrgica del periné anterior de acuerdo a las ideas de Hugh H. Young.

En la obra se relatan múltiples casos clínicos sobre las distintas afecciones tratadas que junto con sus espléndidas ilustraciones y fotografías, hacen de ella una excelente obra de valor personal del autor y digna de ser leída.

J. Irazu.

La Urografía intravenosa (U. I. V.) por *Bernard-Fey y Pierre Truchot.* Asson
y Cia., editores, París. 1 vol. 211 pág., ilustrado con 242 láminas.

Los autores inician su estudio estableciendo las normas necesarias para ajustarse a una técnica urográfica correcta y de utilidad práctica y dicen: "Entre una urografía "Standard" ejecutada no interesa cuando, por qué y por quién y una urografía "efectuada con técnica prolija" para un caso dado, con perfecto acuerdo entre el clínico y el radiólogo competentes, existe realmente un mundo de diferencia".

Se refieren luego a los métodos de compresión de los uréteres y especialmente al ideado por Colliez en 1940: La compresión tardía, es decir después de haber obtenido las nociones respecto a la secreción y el comienzo de la excreción. Se trata de una compresión aplicada en forma tardía, que da la oportunidad de obtener previamente, 1 ó 2 radiografías destinadas a ilustrar respecto a los datos más corrientes exigidos a la urografía endovenosa; sólo después se hará la compresión y se aprovechará el resto de substancia opaca que de otra manera sería inútil o desperdiciada; así, el momento oportuno para realizar dicha compresión va desde las 10' ó 15' hasta 25' y 30', se comprenderá fácilmente que con este procedimiento no se pretende alterar ni revolucionar la técnica usual de la urografía descendente, al contrario, el propósito es de ampliar sus posibilidades. Tiene un gran interés la lectura de los detalles técnicos del procedimiento preconizado por los autores que lo presentan desde ángulos diversos.

En el libro que aquí comentamos, los autores estudian, valiéndose de este método de compresión ureteral tardía, las funciones urinarias, la morfología de las cavidades renales y del uréter; la secreción global de los riñones, la secreción por separado y la nefrografía; las funciones musculares: tonicidad, motricidad.

El capítulo más importante y del que se desprenden conclusiones prácticas de verdadero interés, es aquél en que los autores revisan los diferentes estados patológicos del aparato urinario, frente a las posibilidades de diagnóstico y pronóstico que brinda el procedimiento de la compresión ureteral tardía. Son nociones anatomoclínicas y patológicas de gran importancia que despiertan la atención del lector por su novedad.

A. Pujol.

III° CONGRESO AMERICANO Y IV° BRASILEÑO DE UROLOGIA

Promovidos y Organizados por la

Confederación Americana de Urología y Sociedad Brasileña de Urología

Bajo los auspicios del Exmo. Sr. Presidente de la República de los
EE. UU. del Brasil, General de División Eurico Gaspar Dutra

del 14 al 20 de septiembre 1947

Entre los días 14 a 20 del próximo mes de septiembre se realizará en la ciudad de Rio de Janeiro, (Brasil), el III° Congreso Americano y IV° Brasileño de Urología en el que se tratarán los siguientes temas:

TUMORES DE RIÑÓN

Relatores: Lowsley, (N. Y.); Villanueva, (Méjico) y Jorge de Gouveia.

Comentaristas: Syney Ritter, (N. Y.); Roberto A. Rubí, (Argentina); Figueiredo Baena, Rodolfo de Freitas y Martins Costa, (Brasil).

CANCER DE PROSTATA

Relatores: Luis A. Surraco, (Uruguay); Luis Figueroa Alcorta, (Argentina); y Luciano Gualberto, (Brasil).

Comentaristas: G. J. Thompson, (Mayo Clinic); Erasmo Gaertmer, (Brasil); Armando Trabucco, (Argentina); Atahyde Pereira, (Brasil) y Ugo Pinheiro Guimaraes, (Brasil).

CISTITIS

Relatores: Charles-Pierre Mathe, (San Francisco); Ignacio Díaz Muñoz, (Chile); y Silva de Assis, (Brasi).

Comentaristas: Leopoldo Lopez, (Venezuela); Machin Alvarez, (Cuba); Lator Motta, Lafayette Coutinho y Matheus Santamaria, (Brasil).

Para el mejor éxito de este Congreso, se ruega a los colegas manden su adhesión a la brevedad posible a los efectos de facilitar su concurrencia por vía aerea y su permanencia en la brillante y hospitalaria ciudad carioca en las mejores condiciones económicas, al tiempo que, vuestra presencia aportará un mayor relieve a este certamen.

ALVARO CUMPLIDO DE SANT'ANNA
PRESIDENTE

Dirección: Rua Araujo Porto Alegre 71, 6° piso, Ed. da Associação Brasileira de Imprensa, Rio de Janeiro, Brasil.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urologia

Condiciones de suscripción por un año:

| | |
|-----------------------------------|----------|
| Capital e Interior | \$ 30.00 |
| Exterior..... | „ 40 00 |
| Número suelto (para el país)..... | „ 6.00 |
| „ atrasado (para el país) | „ 7.00 |

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

CONSIDERACIONES:

Desde el punto de vista sintomático nos debemos atener a los trastornos provocados por estos dos casos. En ambos se han presentado fenómenos obstructivos y en uno hemorragia.

Con respecto a los fenómenos obstructivos, el primer caso responde al tipo netamente prostático masculino, con marcada disuria y retención debido a la alteración de la cinesia del cuello vesical, pero con una uretra cateterizable; el segundo caso en cambio, desarrolla un tipo de obstrucción por falta de calibre uretral. Creemos que en este caso se ha agregado un fenómeno estrictural debido al tratamiento por electrocoagulación a que fué sometida la enferma. En cuanto al síntoma hemorragia, debe atribuirse a alteraciones traumáticas e inflamatorias de estas formaciones.

El diagnóstico puede establecerse con el examen clínico de la enferma, pero debe ser confirmado con la biopsia sistemática, única forma de determinar la naturaleza del tejido obstruyente y de establecer el tipo de desarrollo celular para aclarar la malignidad o benignidad del proceso.

Creemos que la frecuencia de estas formaciones glandulares del tipo prostáticos, deben ser más frecuentes de lo que tenemos referencia. Nuestra impresión es que, debido a la falta de sintomatología real, no llama la atención en la mujer de edad la presencia de estas glándulas, aunque clínicamente el interrogatorio de muchas mujeres en esas circunstancias acusen un cierto grado de trastornos urinarios, de disuria especialmente y que es imputado generalmente a alteraciones genitales (prolapsos, uretroceles, desviaciones uterinas, etc.).

DISCUSIÓN

Dr. Gorodner. — *En el año 1934 o 1935, presentamos a esta Sociedad el caso de una señora, de 60 años de edad, que vino a nosotros por una retención aguda de orina. Interrogada, expresó que desde hacía uno o dos años, tomaba actitudes extravagantes para orinar: se inclinaba hacia adelante o hacia atrás.*

El examen uretrográfico era muy interesante. Al mismo tiempo que presentaba la inmovilidad del cuello, mostraba una elevación. Consideramos ese caso en esa época como una enfermedad del cuello, pero con un probable desarrollo glandular. El doctor Trabucco practicó la resección y el examen histológico

de lo extirpado nos permitió comprobar que se trataba de una adenoma senil. La misma tarde que se hizo la resección, la paciente orinó perfectamente.

Dr. Bottini. —*Agradezco la contribución del doctor Gorodner que ha de figurar como un caso más; hemos omitido su cita en nuestro trabajo, impensadamente.*