

## CONSIDERACIONES SOBRE OPERADOS DE LITIASIS RENAL

---

Por el Dr. JUAN B. DERDOY

Me refiero en esta comunicación, a la observación de 88 enfermos de litiasis renal; que he operado en la Clínica Regional del Sud y en la Sala Urinaria del Hospital Regional de Salud Pública, desde el año 1939 y 1947 (diciembre) hasta el mes de agosto de 1959 respectivamente.

Al considerar sólo los casos de litiasis renal (excluyendo los ureterales, vesicales etc.) me ha guiado, además de la razón de tenerlos mejor documentados, su repercusión sobre la vitalidad de la glándula, los trastornos de orden general y la acción deletérea sobre el aparato urinario, al que, como unidad de sistema, le repercuten los cálculos renales ya sean de organismo o de órgano.

Es de destacar también que la diatesis que nos referimos, es un estado mórbido frecuente en los habitantes de esta región que nos toca actuar como médicos; y si bien faltan estadísticas que justifiquen esta aseveración, nos induce a traer a colación este tópico de patología, para mantener su actualización, perseverando en cuanto sea posible actuar sobre sus efectos y etiopatogenia procurando el beneficio hacia todas las personas afectadas y evitar enfermedad a las predisuestas.

Los enfermos que hemos operado, han sido estudiados en su aspecto general; y salvo circunstancias que no fué posible hacerlo, pedimos la colaboración del clínico y cardiólogo para su examen integral; efectuando luego la observación particular del árbol urinario (con pruebas renales globales o por separado, depuración uréica, filtración glomerular, análisis de orina, bacteriológico etc.) destacando el estudio radiológico con exploración pielográfica de excreción, ascendente, bípeda-estación, perfil perineumoriñón (método de Ruiz Rivas etc.) y de cuya síntesis se establecerá el criterio urológico y tratamiento quirúrgico correspondiente.

De nuestra lista de 88 enfermos; 70 eran argentinos; 11 italianos; 6 españoles y 1 polaco.

La edad oscilaba entre: 17 y 74 años, primando en el decenio de 40 a 50 años; Sólo 1 de 17 años; 6 entre 20 y 30; 19 entre 30 y 40; 24 entre 40 y 50; 21 de 50 a 60; y 14 con más de 60 años.

Estas observaciones coinciden con las de todos los anteriores en general y recordaré a Randall con 50 % entre 30 a 50; Bell, mayor cantidad entre 50 y 75. Astraldi da un 37,34 % entre 40 y 50.

A nosotros nos resulta el 27,27 % entre 40 y 50 años.

Con relación a la litiasis en la infancia y niños, hemos tenido oportunidad de observar dos casos de 2 y 8 años; pero como fueron llevados a Córdoba uno y Rosario el otro, para ser intervenidos no los hemos incluido en la presente comunicación.

Creemos también que en el futuro, cuando los pediatras tengan más facilidades de hacer pielografías casi de rutinas, se pondrán de manifiesto la real proporción de niños afectados. En los lugares en que ello es estudiado, la cifra es ya mayor. En París, de 5.376 casos el 45 % eran niños.

Dotta, de Rosario expresa que el 7,25 % de las afecciones quirúrgicas renales de la infancia son de litiasis; Astraldi, en cambio dice que durante su experiencia de 25 años sólo ha constatado dos cálculos con menos de 5 años de edad. Allen da el 1 % en los niños de menos de 10 años.

El sexo correspondió a 54 varones y 34 mujeres; proporción coincidente con la de Lowsley que anuncia un porcentaje de 3 a 2; Bell de 4 a 3; Astraldi 75 % varones y 25 % mujeres, etc.

42 fueron del lado derecho, 34 del lado izquierdo y 10 bilaterales.

Estos 10 representan el 11,30 % sobre el total, cifra que la mayoría de los autores acepta como promedio de las observaciones.

En realidad, considerando las estadísticas clínicas, desde que los controles obtenidos por estudios de las autopsias son más elevados, así la estadística de Bell con un 30 % de cálculos bilaterales.

Pues en tales análisis se constatan pequeños cálculos que son invisibles a los Rayos X, y asintomáticos en manifestaciones clínicas.

Su distribución renoureteral fué observada por nosotros de la siguiente manera:

Ficha N° 16816. renal izquierdo y ureteral derecho - renal izquierdo.

Ficha N° 31220: coraliforme izquierdo - pélvico derecho.

Ficha N° 54862: renal izquierdo - renal derecho.

Ficha N° 3944: ureteral izquierdo - pélvico derecho.

Ficha N° 40911: parenquimatoso izquierdo - parenquimatoso derecho.

Ficha N° 6147: Renal izquierdo - renal derecho.

Ficha N° 63408: coraliforme derecho - pélvico izquierdo.

Ficha N° 916: renal izquierdo - ureteral derecho.

Ficha N° 6147: renal izquierdo - renal derecho.

Ficha N° 8993: pélvico izquierdo - pélvico derecho.

La proporción sobre las intervenciones genitourinarias realizadas en la Clínica Regional del Sud y Hospital durante un período de 11 años es como sigue:

*Para el Hospital:* 962 operaciones genitourinarias, 80 eran de riñón; y de ellas 23 de litiasis renal; dando 2,36 % intervenciones litiásicas del total.

*Para la Clínica Regional del Sud:* Sobre 1153 operaciones genitourinarias; 125 eran de riñón; 41 correspondían a litiasis, dando un porcentaje de 3,55 % intervenidos de ésta enfermedad.

### *Las infecciones a distancias*

Como focos sépticos han estado presente en la mayoría de los enfermos, particularmente los de origen dental, faucial, sinusal, a los que les hemos prestado especial atención. Relacionando las experiencias de Rosenow, Meissner, Rowsing; de las posibilidades de que dichas embolias microbianas, fueran en el riñón, núcleos de origen para organizar cálculos. Las parasitosis intestinal a expensa de Amibas, Giardias, blastocitos, que por lesiones de mucosa e infección intestinal son causas del síndrome enterorrenal.

La brucelosis bovina como enfermedad crónica, epizotia endémica en nuestra zona, deja un saldo importante de infección humana, y si bien no

tenemos conocimiento de su acción como factor etiológico en la litiasis, anotamos su posible incidencia para intervenir en ella.

Con relación a las infecciones renales o litiasis sépticas, hemos tratado al extraer el cálculo de lavar las cavidades del riñón, mediante una sonda de nelaton, por la cual inyectamos abundante cantidad de suero fisiológico tibio; agregando luego la más correcta uretero-pielolisis, para asegurar la mejor evacuación de orina, recursos imprescindibles en la profilaxis de las recidivas.

La litiasis química o cristaluria, la controlamos por el análisis de los cálculos y sedimento de la orina..

Hemos constatado:

32 cálculos oxálicos: 18 hombres - 14 mujeres

31 cálculos úricos: 19 hombres - 12 mujeres

18 cálculos fosfóricos: 12 hombres - 6 mujeres

El 80 % tenía sales de Ca. que por su peso atómico (40) es la mayor opacidad a los Rayos X.

Sin duda que la diatesis oxálica, en nuestro medio, es derivada de trastornos digestivos, formando oxaluria a expensas de los alimentos oxalígenos (es decir que no tienen en su composición ácido oxálico), son ellos los hidratos de carbono, azúcares etc. Merced a trastornos dados por causas intestinales (constipación, parásitos, insuficiencia hepática, mayor cantidad de flora putrefactiva) fermentan mediante el coli patógeno de estos alimentos con la producción de oxalatos, eliminado luego por la orina.

En la preparación culinaria diaria de nuestra zona se usan pocos alimentos oxalíferos, es decir que tienen en su composición *ácido oxálico*, dejando dicho residuo al metabolizarse (ej. espinacas, cacao, ruibarbo, sen, fresas etc.). Por tal motivo, en el tratamiento, damos gran valor al régimen dietético y perfecta evacuación intestinal; como hemos mencionado actuando sobre los factores condicionantes (focos sépticos, constipación intestinal, acidez gástrica, etc.) agregando en forma periódica y alternativamente, carbonato de magnesio, atropina, ácido fosfórico etc.

La diatesis úrica, la mencionaremos como tal, en forma genérica, sin especificar las bases de sodio, calcio, magnesio, etc., que en cada caso entran en su composición; porque no todos los análisis de orina han sido precisos, pero podemos aseverar que las de calcio por ser menos solubles son las que más precipitan, resultando los más frecuentes.

El ácido úrico derivado de las purinas es de origen endógeno o exógeno. El primero del metabolismo interno y el segundo de las purinas que componen los alimentos ingeridos (tomo, hígado, riñones, carnes rojas, etc.). La cantidad de ácido úrico en la sangre es de 0,12 por mil.

Una vez operados los enfermos, hemos indicado régimen apurínico, agregando medicamento que solubilizando el ácido úrico, facilitan su eliminación (Uroital, Benzoato de Litina, Piperazine, etc.).

Es importante aumentar la diuresis, con la ingestión de aguas alcalinas, tisanas, jugos de frutas, etc. particularmente en época de verano, en que el clima de nuestra región se torna muy seco.

La litiasis fosfática es alcalina-amónico-magnésica.

Constatamos 17 casos, todos eran de carácter grave para la vitalidad de la glándula y la vida del paciente.

De los 17 casos, 7 eran bilaterales; lo que indica su carácter diatésico o de organismos (denominados por Guyon); y en 8 fué indicado la nefrotomía o

nefrectomía. Uno de los 3 fallecidos de nuestros enfermos, correspondía a esta diatesis, indicada entre los cálculos bilaterales.

Como régimen damos alimentos ricos en fósforos (carnes, hígado) suprimiendo aquellos que pueden alcalinizar la orina (frutas, verduras), complementando con medicamentos acidificantes del PH. urinario (ácido fosfórico, oficial, régimen cetógeno, sales de amonio etc.).

En ningún enfermo se contactó un hiperparatiroidismo, por lo menos en manera franca, cuya sintomatología (tumor, trastornos óseos, hipercalcemia) fuera ostensible para investigar dicha disendocrinea. Esta incidencia en la etología litiasica es variada según los autores, por ej. Barney y Mintz, hablan del 10 %. Albrigh, Griffin, Higgins de 0,1 a 0,2 %.

Intervienen el metabolismo del Ca., siendo lo normal el 3 % del iónico sobre el 11 % del total en la sangre.

El calcio normal en la orina es de 100 a 300 mgs diarios.

Hemos observado un caso (ficha Nº 12512 F. C.) de litiasis de decúbito, se trataba de un fracturado pélvico con rotura traumática de uretra, que permaneció varios meses en cama, quizás le razón de estar con sonda uretral permanente, motivo de congestión e infección urinaria, contribuyen a que se instale más fácil la litiasis renal. Lo que en forma episódica desde que antes del accidente no tuvo ningún antecedente; como tampoco se registró repetición de cálculos durante los 17 años que llevamos de control.

La inmovilización actuaría de dos formas: 1º; dificultando la evacuación pélvica; 2º; llevando cambio en el metabolismo del calcio, según demostraron Jones y Robert.

### *La parinefritis supurada*

Fué registrada solamente en dos enfermos de nuestra serie (fichas Nº 12208 y 54862). El primero por infección renal, propagada al perinefro, ocasionado por un cálculo atascado en el ostiumpielo uretral. Estuvo dos meses con fiebre antes que lo examináramos, se intervino efectuando una lumbotomía y abertura del absceso; luego se buscó sobre el ureter, el cálculo, pero al efectuar dicha maniobra se introdujo el mismo dentro del riñón, quedando sin poder extraerlo. Actualmente el enfermo, que conserva el cálculo intrarrenal, tiene dolor, piuria, y crisis de cólicos pero se niega a operarse nuevamente.

El segundo caso, era un uronefrosis bilateral con insuficiencia renal compensada. Se operó de la perinefritis efectuándose una nefrostomía, se extrajo un cálculo coraliforme dejando la sonda intrarrenal dos meses.

Actualmente se desenvuelve bien, aunque persiste su insuficiencia renal. Con relación a la hipertensión arterial nefrógena (producida por la isquemia renal), hemos debido operar tres enfermos, por indicación del Dr. F. Amuchátegui, solo uno se benefició parcialmente, en cambio los otros dos pacientes no obtuvieron mejoría; desde que los síntomas eran ya irreversibles. (Fichas Nº 2215 - 59678 - 29004). En uno de los dos casos se hizo pielotomía y en dos nefrectomía.

### *Litiasis renal y cáncer*

Esta asociación patológica no es corriente en la casuística, si bien pueden superponerse. La hemos constatado en un paciente (ficha Nº 17960) que diagnosticamos litiasis renal e hipernefroma del riñón izquierdo.

Un año y medio antes, había tenido un tumor retro ocular que fué operado, se hizo biopsia que no respondía a metástasis de hipernefroma y luego radioterapia. Nosotros efectuamos la nefrectomía y, el paciente durante 14 meses no tuvo trastornos abdominales (ganglios, metástasis, etc.) como expresión de la reactivación renal y falleció por propagación del tumor orbitario. De acuerdo a nuestra proporción da el 1,13 % de la cantidad de enfermos.

En el trabajo de E. Castaño (R. A. V. 1491) eleva del 5 al 20 %, pero incluye los tumores de pelvis malignos y benignos.

En nuestro enfermo, por el tamaño, dureza del cálculo y síntomas de molestias previas que tuvo pensamos que el cálculo fué primero que el tumor.

#### *Recidivas*

Debemos diferenciar la neo formación de cálculos de las pseudorecidivas, siendo éstas las constituidas por cálculos olvidados en la operación, o núcleos orgánicos de pequeñas concreciones calcáreas. Por lo tanto, hablamos de recidivas a la formación de nuevos cálculos, (ficha 3944; ficha 29521; ficha 13740); que da un 4,09 % pero quizás existan otros, desde que no a todos los operados efectuamos pielografía de control y muchos han dejado de venir. Las estadísticas de Troillet dan el 10 % en los asépticos y 30 a 40 % en los sépticos. Uriburu da un 6 %.

El problema de evitar las pseudorecidivas, comienza en la mesa de operaciones; el ideal sería efectuar el control radiográfico quirúrgico.

En nuestro país, Astraldi y Pérez Zabala fueron los preconizadores.

En la Clínica hemos obtenido las radiografías en diversas ocasiones, pero no lo hemos sistematizado por algunas dificultades, pues la mesa no es especial para ello y luego el traslado del aparato de Rayos X a la sala que complica la práctica de estos exámenes.

*Mortalidad.* Hemos registrado tres de los enfermos fallecidos en manera próxima a la operación o derivado de la misma.

Ficha N° 12306, enferma que lleva una nefrostomía desde tiempo, por pionefrosis; después de la nefrectomía entra en shock y fallece.

Ficha N° 7770, enferma con nefrolitiasis parenquimatoso papilar, nos consulta por insuficiencia renal, oliguria etc., se hace nefrostomía y fallece.

Ficha N° 4655, enferma con litiasis y pielonefritis, se hace nefrectomía y fallece por insuficiencia renal.

*Tratamiento.* Las referencias al tratamiento quirúrgico y como es de regla, para el post-operatorio, hacemos indicación dietética con régimen y medicación ácida o alcalina según la diatesis en cuestión.

No tenemos experiencia sobre la aplicación de la solución "g", constituida por: óxido de magnesio 6,54; ácido cítrico cristalizado 32,25; agua destilada hasta 1.000 cm<sup>3</sup>; con el fin de hacer irrigaciones disolviendo cálculos.

Tampoco hemos empleado los salicilatos, aspirina, etc., que en dosis de 2 grs. aumentan el ácido glucurónico que solubiliza hasta en más de 40 % las sales de calcio.

Hemos usado la hialuronidasa por enfermo hasta en más de 60 inyecciones sin haber tenido ningún resultado; actuaron aumentando los coloides, protectores de defensa, siendo un tratamiento particularmente preventivo.

*Pielotomía.* Es la operación más simple y la elección se hace siempre que sea posible en la cara posterior; con incisión paralela a la pelvis renal. Se extraen los cálculos y se lava la cavidad con suero, mediante una sonda.

H O S P I T A L

Nombre	Ficha	Edad	Sexo	Nac.	Domicilio	Localiz.	L. quím. A. oper.	Infec. f. sep.	T. cont.	Tratamiento	Observación
T. de A.	24008	49	F.	Arg.	Holmberg	renal D.	oxalatos	piuria	n. volv.	nefrectomía	quiste de R.
I. L.	6394	42	M.	Arg.	G. Deheza	pelv. D.	fosfatos			pielotomía	
E. L.	2895	44	M.	Ital.	G. Deheza	renal D.	f. amonio			pielonefrot.	
A. P.	9350	56	M.	Arg.	Canals	renal I.	fosfatos	piuria	6 años	nefrotomía	
A. L.	6374	42	M.	Arg.	G. Deheza	renal D.	fosfatos		n. volv.	pielot. prol.	
A. W.	18439	48	M.	Pol.	Río IV	renal D.	uratos		n. volv.	nefrectomía	
A. B.	64206	45	M.	Arg.	Higuera	renal D.	oxalatos			pielotomía	hidronefrosis plas.
A. R.	33497	22	M.	Arg.	B. Norte	p. ren. I.	oxalatos			pielotomía	pieloureteral
L. de B.	43059	25	F.	Arg.	Laboulaye	cal. m. D.	oxalatos		n. volv.	nefrot. min.	
P. L.		54	M.	Arg.	Achiras		urico		n. volv.	pielonefrot.	
G.	13740	36	F.	Arg.	Río IV	renal I.	oxalatos			nefrectomía	
L.L.	47458	36	M.	Arg.	A. María	renal I.	oxalatos		n. volv.	nefrostomía	
G. O.	31220	59	M.	Arg.	G. Deheza	bilater.	fosfatos	dentario		nefrotomía	
M. de P.	8993	45	F.	Arg.	Río IV	R. I. bilat.	uratos	piuria		nefrostemía	
C. de G.	14762	63	F.	Arg.	Río IV	renal D.	uratos		3 años	nefrotomía D.	
I. A.	6147	49	M.	Arg.	Río IV	bilateral	fosfatos			nefrectomía I.	
A. A. F.	9411	41	M.	Arg.	Río IV	Pel. R. D.				pielotomía	
M. D.	65125	68	M.	Ital.	Moldes					pielotomía	
M. F.	73064	64	M.	Arg.	Laboulaye	pelv. D.	uratos	piuria dent.		ureterot. I.	
I. R.	63408	58	M.	Arg.	Laboulaye	urcter I.	oxalatos	piuria	1 año	pielotomía D.	
						riñón D.				pielonefrotomía	
C. de Ch.	10422	65	F.	Arg.	Moldes	riñón I.	oxalatos		n. volv.	pielotomía	sección arteria polar
N. A.	16549	32	M.	Arg.	B. Blanca	riñón D.	calic. D.	dentario	4 meses	pielotomía	
L. B. de M.	43059	25	F.	Arg.	Laboulaye	renal I.	oxalatos	vesícula	n. volv.	pielotomía	

CLINICA REGIONAL DEL SUD

Nombre	Ficha	Plad	Saco	Nac.	Domicilio	Localiz.	L. quim.	A. oper.	Infec. f. sep.	T. cont.	Tratamiento	Observación
D. A.	912	41	M.	Arg.	Río IV	renal D.	oxalatos	1947		4 años	pielotomía D.	
J. L.	17960	35	M.	Arg.	G. Debeza	pel. ren. I.	oxalatos		piuria			
J. A.	15175	20	M.	Arg.	Río IV	renal D.	uratos	1947	piuria	11 años	pielotomía	cánc. orbit. hipernefron
S. de B.	27952	39	F.	Arg.	Río IV	pelvico	oxalico	1948	colectist.		pielotomía	
B. G.		31	M.	Arg.	Río IV	pelvis I.	oxalatos		amigdalitis		pielotomía	uropionef. I. hidronef. D.
H. G.	28126	57	M.	Esp.	Achiras	pelvis I.	oxalatos		caries		pielotomía I.	
J. S.		65	F.	Ital.	G. Debeza	pelvis D.	útrica		piuria		pielotomía D.	uronef. I.
A. de C.		32	F.	Arg.	Río III	pelvis D.	oxalatos		amigdalas		pielotomía	
J. S.	9383	52	M.	Arg.	Achiras	renal I.	fosfatos	1947	dental K(---)	6 años	pielonefrost.	
E. de L.	84	44	F.	Arg.	Río IV	pelvis D.	oxalico	1947	caries		pielotomía D.	
P. de L.	14970	48	F.	Esp.	Moldes	renal I.	útrico	1947	caries piuria	7 años	nefrectomía	
I. de F.	13542	42	F.	Arg.	Río IV	pelvis D.	fosfatos	1948	uropionef.		nefrectomía	calculo ureteral D.
M. de L.L.		74	F.	Arg.	Río IV	renal I.		1949			nefrostomía	
A. A.		36	M.	Arg.	Río IV	renal I.	útrico	1950	dentario		pielotomía	hipertensa
A. G. de L.L.	35151	74	F.	Arg.	Luján	renal I.	uratos	1950	pielonefrosis	3 años	nefrectomía	fall. hipert. arterial
P. de G.	12655	64	F.	Arg.	S. Basilio	pelvis D.	oxalatos	1951	uronofrosis		pielotomía	
A. G.	7166	36	M.	Arg.	Perdices	pelvico	oxalico	1951	litos		pielotomía	
T. de R.	29363	34	F.	Arg.	Río IV	renal I.	uratos		colect.	3 años	pielonefrotomía	flebitis
I. R.	13572	55	M.	Esp.	Río IV	renal D.	fosfatos	1951				
J. M.	40911	60	M.	Arg.	Río IV	renal D.	oxalico	1952	uronofrosis		nefrectomía	hipertensa
M. de G.	29004	35	F.	Arg.	Río IV	renal D.	útrico	1953			pielonefrotomía	
J. M.	31861	50	M.	Arg.	Holmberg	renal D.	uratos	1954			pielotomía	
J. A.	56072	52	M.	Arg.	S. Rafael	pelvis D.	uratos	1954	parasit. int.		pielotomía	
P. de V.	59678	62	M.	Arg.	Río IV	renal D.	uratos	1955	piuria		nefrectomía	pielonefritis hipertensión
M. B.	48335	26	M.	Arg.	A. Maria	pelvis D.	uratos	1955			nefrectomía	
	5011	44	M.	Arg.	Moldes	renal D.	uratos	1956	uronofrosis		pielotomía	hipertensa no me-joró
	2215	66	F.	Esp.	Río IV	pel. ren. I.	uratos	1956	piuria		pielotomía	epiteloma de vejiga
C. F.	40193	45	M.	Arg.	Río IV	pelvis I.	oxalatos	1956	piuria	3 años	pielotomía	reumatismo a los 12 a.
M. T. de A.	38018	41	F.	Arg.	Río IV	pel. ren. D.	oxalatos	1956			pielonefrotomía	
P. B.	54862	52	M.	Arg.	Moldes	ren. I. bil.	fosfatos	1956	piuria	3 años	abert. abscc. ne-perinefritis supurada	
E. R.	57643	45	M.	Arg.	Río IV	pelvis D.	útrico	1957	piuria		pielonefrotomía	
T. C.	57727	28	F.	Arg.	Elena	cal. ren. D.	útrico	1957	piuria	n. volv.	nefrectomía	pielonefritis
R. B.	68519	33	M.	Arg.	Río IV	renal I.	útrico	1957			pielotomía	
M. S.	4655	54	M.	Arg.	Baigorria	cal. rep. D.	útrico	1958			nefrectomía	pielonefritis fallació
S. P.	54566	30	M.	Arg.	Achiras	pelvis D.	útrico	1958			pielotomía	

# CLINICA REGIONAL DEL SUD

Nombre	Ficha	Edad	Sexo	Nac.	Domicilio	Localiz.	L. quim.	A. oper.	Infec. f. sep.	T. cont.	Tratamiento	Observación
L. R.	18674	38	M.	Arg.	A. Corral	renal D.	oxalatos	1932	dentario	12 años	nefrectomía	
D. F.	916	40	M.	Arg.	Río IV	renal I. bil.	oxalatos	1937	dentario	21 años	nefrectomía I.	
J. F.	9	17	M.	Arg.	Río IV	renal D.	oxalatos	1939	par. int.	20 años	pielotomía	
F. L.	1036	61	M.	Esp.	B. Norte	pel. ren. D.	oxalatos	1940	piuria	10 años	nefrectomía D.	
S. C.	13124	55	M.	Ital.	Alejandro	pelvis I.	fosfatos	1940	pionefros.	7 años	nefrectomía I.	
A. G.	6436	57	M.	Ital.	Baigorria	pelvis I.	oxalico	1940	blast: K—)	2 años	pielotomía Iz.	colitis
M. de B.	12306	57	F.	Arg.	Río IV	renal I.	uratos	1940	uronefros.		nefrectomía	fall. insuf. renal
A. de M.	11616	33	F.	Arg.	A. Maria	pelvis R.	oxalatos	1940	dentario	16 años	nefrectomía sec.	
B. S.	16806	38	M.	Arg.	L. Perdices	renal I.	fosfatos	1940	piuria	10 años	pielotomía	
E. de M.	5220	49	F.	Esp.	Río IV	renal D.	uratos	1940	constip.	8 años	pielotomía	
D. A.	12987	40	M.	Arg.	Chucul	bilateral	fosf. cal.	1941	piuria	3 años	nefrectomía I.	
C. de P.	20857	52	F.	Arg.	S. Ambrosio	uret. D.	urico	1941	paras. int.	17 años	nefrectomía	perinefritis supurata
J. C.	12808	61	M.	Arg.	Río IV	pel. uret. I.	urico	1941	sinusitis		pielotomía	
J. L.	17960	35	M.	M.	Arg. G. Deheza	pel. ren. I.	oxalatos	1941	caries		nefrectomía	cánc. orb. hiperne- froma
A. G.		41	M.	Ital.	Río IV	pelvico	uratos	1941	constip.		pielotomía	
J. O.		58	M.	Ital.	Río IV	ren. pel. I.	uratos	1941	piuria	16 años	pielonefrot. Iz.	
F. G.	12516	38	M.	Arg.	Chucul	renal D.	fosfatos	1942	piuria		pielotomía D.	Dia Méd. Nº 48. 1945-
I. R.	6661	55	M.	Ital.	Cabrera	pelvico	uratos	1942	amigdalas	6 años	pielotomía Iz.	
A. F.	16088	30	M.	Ital.	L. Acquiass	renal D.	fosfatos	1942	pielonefrit.	6 años	pielot. secund.	riñón iz. ectóp. pelv.
E. de B.	13984	66	F.	Arg.	Río IV		fosfatos	1942	paras. int.		nefros. Iz.	diabética
J. N.	8944	44	M.	Arg.	Río IV	ren. I. 42	oxalatos	1942	pionefros. D.	16 años	nefros. Dr.	
J. de P.	4050	34	F.	Arg.	Mercedes	ren. D. 52	oxalatos	1952	paras. int.	16 años	pielot. D. 52	
V. Z.	2954	54	M.	Ital.	Río IV	intr. ren. I.	oxalatos	1943	piuria		nefrectomía Iz.	
M. de G.	14772	30	F.	Ital.	Cabrera	renal D.	oxalatos	1943	constip.	13 años	pielotomía	hipert. 22/10 no me- jóro
M. de S.	4733	34	F.	Arg.	Perdices	ren. bilat.	fosfatos	1944	amigd.:K-)	13 años	pielotomía D.	
L. de M.	18330	52	F.	Arg.	Mercedes	renal I.	oxalico	1945	piuria	n. volv.	nefrectomía I.	
G. R.	21295	45	M.	Arg.	Río IV	pelvico	uratos	1945	dermatario	12 años	pielotomía I.	
J. M.	7770	42	F.	Arg.	Río IV	bilateral	fosfatos	1946	piuria		nefrostomía	fallació
									piorrea			

Luego se sutura con puntos de catgut simple no perforante, se hace urolisis de la zona, con sección de bridas; cuando la cavidad es ocupada por un cálculo que llega al cáliz, o se encuentra en su interior, se procede con la maniobra de E. Castaño. Y cuando se debe ampliar por ser grande el cálculo, la pielonefrotomía de Marion, Zunskerkall, etc.

Hemos efectuado 52 pielotomías o sea el 59 %.

*Nefrectomía.* Siempre hemos seguido el criterio de conservar la glándula, sin embargo tenemos una estadística alta de nefrectomías totales; a pesar de haber estudiado cada caso, valorando las razones y motivos de efectuar esta cirugía. Las causas objetables más frecuentes han sido:

1º — El estado avanzado de las lesiones, pielonefritis, pionesfrosis y esclerosis perirrenal, motivado por abandono de los enfermos.

2º — Por razones de que muchos pacientes, son enfermos de trabajo rural y esta situación alejada de la ciudad, condicionan que abandonen los tratamientos curativos o de observación periódica (análisis, pielografías etc.), culminando en una agravación que hubiese podido evitar.

3º — Tamaño y ubicación de los cálculos, con anulación e insuficiencia renal.

4º — La circunstancia de tener labores activas en el campo, nos pone en el trance de proceder para darle solución, evitarle dolores, y molestias que los imposibilitan para sus trabajos, como ocurriría con procedimientos conservadores en los riñones de grandes cálculos e infectados.

En la mayoría han sido personal de edad adulta o ancianas, contando con 14 nefrectomías de más de 45 años y solo 10 con menos de 45. En cambio tenemos 29 pielotomías con menos de 45 años.

*Nefrostomía.* Fué realizada esta operación paliativa en tres enfermos; uno de 66 años, diabético, con cólicos a repetición y un cálculo coraliforme. Se hizo la nefrostomía sacando el cálculo a trozos; por mucho tiempo quedó una fístula lumbar, después curó sin recidivas.

El otro enfermo llevó la sonda 4 meses y luego se efectuó la nefrectomía y fallece (ficha N° 12306, E de B).

El otro caso fué, (ficha N° 35154, A.G. de LL) estuvo un año operada en el Hospital de Luján, Pcia. de Bs. As., nosotros efectuamos la nefrectomía curándose.

*Nefrotomía.* Es la incisión del parenquima renal. Es una operación seria y la hemos limitado a la nefrotomía mínima para cada caso, efectuándola próxima a la zona de Hirtl, aunque siempre sangró mucho, por lo cual comprimimos el pedículo durante la incisión; combinamos con la pielotomía efectuándola después de explorar con una aguja recta, el lugar para caer en el sitio preciso del cálculo.

Hemos evitado el drenaje cuando no hubo infección, y la sutura fué por puntos perforantes y luego sobre la cápsula; no hemos tenido inconvenientes, (ficha N° 13984 - 1170 - 12306).

## CONCLUSIONES

- a) Debemos eliminar los focos sépticos a distancia.
  - b) Tratar de operar con control radiológico todos los cálculos renales.
  - c) Controlar el ureter con un explorador que llegue a la vejiga.
  - d) Controlar a los enfermos periódicamente con análisis y radiografías.
  - e) Efectuar dilatación ureteral, e insistir en directivas generales pues debemos actuar en la faz preventiva que es de nuestra función ideal de médicos, y alejarnos de la etapa curativa que hoy vivimos, especificada con el frecuente sacrificio del órgano.
-