

SOBRE DILATACION QUISTICA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL URETER

Por el Dr. ALFONSO VON DER BECKE

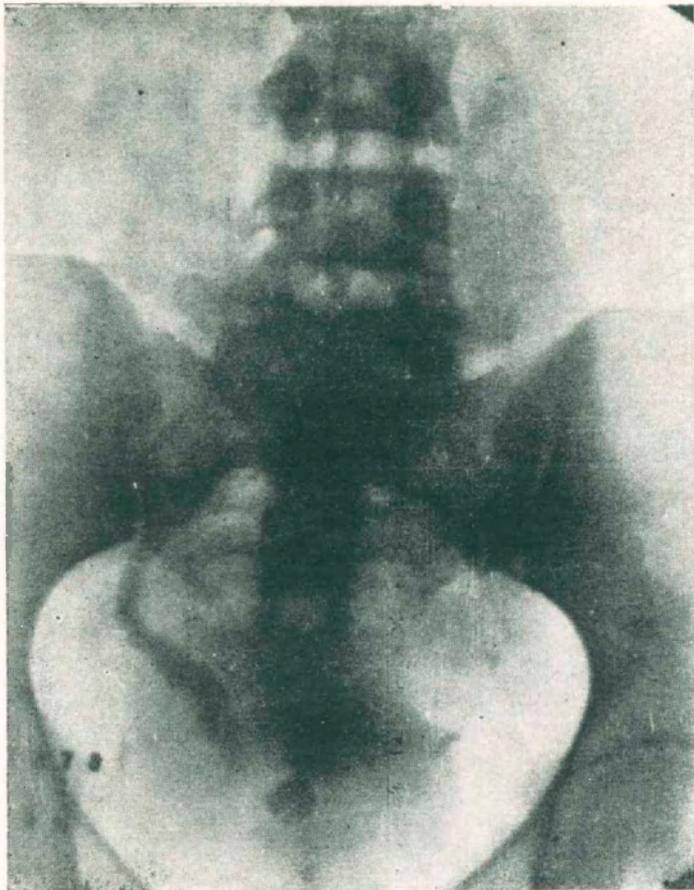
En esta Sociedad se han presentado algunas comunicaciones sobre esta afección. Las publicadas en el país suman 12 casos. La primera, por el Dr. **Antonio Montenegro** — nuestro distinguido actual presidente, — en la Sociedad de Cirugía, en 1921; **Bengolea** y **Castaño**, en 1922; **Ahumada** y **Fernández Aguirre**, en 1923; **Matta** y **Bacigalupo**, en 1927; **Montenegro**, en 1928; **Astraldi**, en 1929; **E. Castaño**, 1 en 1930 y 2 nuevos casos en 1932; **Landívar** y **Dotto**, en 1930; **Cataldi**, en 1931, y últimamente por los Dres. **Salleras** y **Di Lella**, un nuevo caso, en la sesión de esta Sociedad del 20 de abril de 1933. En total, 12 casos, de los cuales 10 son en mujeres y 2 en hombres.

La realtiva poca frecuencia de esta afección — hasta 1921 no llegaban a 100 los casos de la literatura mundial — y la importancia de los síntomas urinarios tan variables que ella produce y que se revelan bajo forma de disuria, dolores vesicales irradiados, retenciones, hematurias, etc., ha motivado que traiga al seno de esta Sociedad dos nuevos casos por mí observados durante este año.

Hasta 1901 sólo era conocida esta afección como hallazgo de autopsia, llegando **English** a reunir 16 casos de esta anomalía en

1898. Recién en 1901, **Grossglick** diagnosticó el primer caso al practicar una cistoscopia, pero en la intervención quirúrgica efectuada a raíz de un error de diagnóstico, tumor vesical, descubrió la naturaleza quística de la lesión. Con el mayor uso y difusión de los exámenes cistoscópicos, los casos han ido aumentando y las revistas de la especialidad siguen trayendo siempre nuevas casuísticas.

La forma que se presenta habitualmente, es la de una esfera, y con menos frecuencia la de una pera, a veces alargada, o de un



pezón. El tamaño es muy variable, desde el de una arveja hasta casi el de la vejiga, haciendo prolapso, en algunos casos a través de la uretra y apareciendo entre los grandes labios.

Una característica general, que se halla descripta en casi todos los casos publicados, es la estrechez de la luz del meato ureteral en la pared de la dilatación quística; casi siempre éste está ubicado excéntricamente con respecto al quiste, ya en la pared interna o a veces en la inferior o la superior, lo que hace difícil o imposible su investigación o su cateterismo.

La pared de la dilatación está constituida siempre por 2 hojas, a semejanza del prepucio: una interna, la mucosa ureteral, y una externa, la mucosa vesical. En base a esto, **Pleschner** propuso dar a esta afección el nombre de fimosis ureteral.

La característica referida, de la estrechez — adquirida o congénita — del orificio del meato ureteral, es condición indispensable para la formación de la dilatación quística que se observa especialmente cuando el trayecto submucoso vesical del uréter es más alargado.

Las observaciones hasta ahora recogidas, revelan una mayor frecuencia en el sexo femenino de esta afección, siendo a veces unilateral y otras bilateral. Los casos publicados hasta ahora, demuestran que **no hay sintomatología especial y característica exclusiva de esta afección**. Los síntomas son tan variables, que la dilatación quística puede hasta pasar desapercibida, sin dar síntomas alguno, y sólo ser descubierta en la autopsia; pero, por lo general, se revela presentando trastornos en la micción, a los cuales secundariamente se suman síntomas renales, a veces graves. Por dicha razón, no es posible hacer un diagnóstico basado sólo en la sintomatología; **la cistoscopia es el complemento indispensable** para ello.

He aquí resumidas las historias clínicas de mis dos observaciones, ambos pacientes del sexo femenino.

CASO I

C. M. de S., 27 años, argentina, casada. **Diagnóstico:** dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho. Estrechez del meato ureteral izquierdo.

En general ha sido sana; 2 hijos sanos y 3 abortos provocados. Hace 8 meses, por primera vez, aparece una **hematuria total**, de 2 días de duración, acompañada de sensación de ardor en la vejiga durante la micción y cesando espontáneamente. Un mes más tarde, nueva hematuria total, durante 24 horas. Hace 6 meses su 3ª hematuria de igual duración. En enero 1933, hematuria por 4ª vez. Concorre al Instituto de Maternidad, Hospital Rivadavia.

Aparato urinario: Orina vesical límpida, cristalina. Riñones: exámenes físico no se palpan; hay un dolor intenso en región renal derecha; punto costo lumbar derecho positivo; resto negativo.

Cistoscopia: Mucosa de aspecto brillante, con vasos bien dibujados. Meatos ureterales **asimétricos**; el izquierdo **puntiforme**, muestra en cada eyacuación una muy pequeña dilatación inmediatamente por detrás del mismo y que desaparece de nuevo antes de llegar la próxima eyacuación. El uréter derecho, ubicado casi en la línea media, presenta, permanentemente, una **dilatación quística**, que aumenta algo de volumen en cada eyacuación hasta el tamaño de una avellana grande; el ostium está ubicado sobre la pared interna y es muy estrecho. La prominencia quística es redondeada y lisa como una bola, de color blanquecino nacarado, casi translúcido, y no muestra vasos en la superficie. No se consigue sondear el uréter por su estrechez tan acentuada y por su ubicación; las paredes son blandas y muy depresibles.

Examen radiográfico del aparato urinario: Los límites renales son de tamaño, forma y posición normales. No se observan sombras sospechosas de litiasis en todo el aparato urinario, tanto en riñón como en uréteres. El 9 de febrero de 1933 se practica nefropielografía, en el Servicio de Radiología del Hospital Rivadavia, a cargo del Prof. Saralegui, inyectando Uroselectan B. Como se puede observar en la imagen que acompaño, el riñón izquierdo es normal; en cambio, el riñón derecho muestra pelvis, cálices y uréter deformados excéntricamente; se ve la sombra de la dilatación quística en la extremidad inferior del uréter derecho, destacándose por su mayor opacidad en la sombra del líquido. La estrechez del meato, consecutiva a procesos inflamatorios, ha dado origen a dilatación quística, y, ulteriormente, a la uro-nefrosis, lo cual explica las hematurias totales, repetidas, que la enferma ha presentado.

CASO II

16233. E. L. P. de M. Z., argentina, casada. Reside en Tucumán.

Antecedentes hereditarios: Padres vivos, 13 hermanos sanos.

Antecedentes personales: 16 años fiebre tifoidea, 20 años se casa, 3 hijos sanos, 1 aborto espontáneo. Hace 4 años pielocistitis con disuria intensa eliminando pseudomembranas; hipertermia 39-40°, que persiste durante un mes. Urotropina endovenosa. Sulfarsenol 0.12 gr., cada dos días, e instilaciones vesicales de NO₂Ag. Siempre ha sido constipada, debiendo recurrir a laxantes para regularizar su vientre.

Enfermedad actual: Comienza hace 3 meses; después de un parto normal, con una pielitis, escalofríos, fiebre 41°, dolor lumbar intenso, piuria. Se hace Cylotropina endovenosa y Neotropina. Al 7º día, temperatura normal. Pero la orina continuaba revelando pus y colibacilos. En estas condiciones, a raíz de un viaje, nueva temperatura de 39.3 que duró 3 días, reapareciendo en forma intermitente varias veces. Hasta el presente persiste en este estado. En su provincia se le practica cateterismo ureteral (21-1-33), revelando piuria derecha y bacilos coli; en el izquierdo solamente escasos colibacilos. Después del cateterismo ha empeorado. Aumentó la temperatura de 40°, y la piuria, apareciendo hematuria y albuminuria 0.50 ‰. Azohemia 0.35. Hemocultivos negativos. Ha perdido 5 kg. de peso en 2 meses. Al examinarla por vez primera, constatamos el 16-2-33: Constipación crónica. Azohemia 0.37. Ciccemia 1.05, colateral en suero 2.35. **Aparato urinario:** Riñones: puño percusión positiva lado derecho. Negativa en región lumbar izquierda. En la inspiración profunda se palpa polo inferior riñón derecho. Puntos dolorosos: solamente positivos el costo-vertebral y el costo-lumbar derechos; resto negativo. **Orina,** obtenida asépticamente por sondaje vesical, ligeramente turbia (piuria), abundantes leucocitos en sedimento. **Cistoscopia.** Vejiga de buena capacidad, no dolorosa a la distensión. Mucosa de aspecto normal, brillante, con vasos bien dibujados, a excepción del cuello, donde se observan lesiones de **cistitis crónica.** Meato ureteral izquierdo normal, sin lesiones de vecindad. Meato ureteral derecho estenosado; se observa una dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho, que llega al tamaño de una nuez pequeña en el momento de su mayor volumen, y de forma alargada. El examen radiográfico simple del aparato urinario es negativo. Se practica por el Dr. Armando Gallino nefropielografía con Uroselectan-B: **lado derecho** se observa **dilatación quística extremo inferior del uréter,** y dilatación

acentuada de este órgano hasta su porción lumbar; resto de las vías de excreción: normal, como puede observarse en la radiografía que muestro. La vejiga ha sido insuflada con oxígeno y sobre su sombra se destaca la otra, más intensa del uréter derecho con su dilatación quística. En este caso surge la causa de la estrechez adquirida del meato ureteral: el intenso proceso de pielocistitis habido 4 años atrás, y como consecuencia de la estrechez, la ulterior dilatación quística.

En los dos enfermos mencionados se ha propuesto el tratamiento de elección: la electrocoagulación de la pared quística.

Isnardi:

La dilatación quística de la extremidad inferior del uréter no debe tratarse quirúrgicamente, sistemáticamente, pues a veces ella no determina perturbaciones, recordando una observación de un enfermo de 60 años, quien recién a esa edad presentó signos de disuria, y en el cual el examen clínico diagnóstico la hipertrofia de próstata y la cistoscopia demostró una D. Q. E. de uréter.

DISCUSION

Salleras:

La D. quística del uréter no tiene sintomatología propia, por lo cual debe estudiarse bien a estos enfermos antes de atribuir a la afección la sintomatología presentada, recordando la observación de un enfermo con cólicos renales, encontrándose al examen cistoscópico una dilatación quística a la que se atribuye la sintomatología, se electrocoagula, y el síntoma no mejora.

Rebaudi L.:

Refiere una observación personal, en que encontró en el examen cistoscópico una dilatación quística sin sintomatología, por lo cual no la trata, y 5 años después revisa nuevamente al enfermo, que se encuentra bien, no molestándole su dilatación quística.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA

J. J. GOTTLIEB. — El diagnóstico de las nefroptosis y las indicaciones para su tratamiento. — Z. F. Ü. 27 Band, 1933. Heft. 6.

Dice el autor que los cirujanos están de acuerdo en que los insucesos operatorios se deben, más que a los defectos de la técnica, a errores de diagnósticos y a malas indicaciones operatorias.

Una parte de ellos, sin embargo, se colocan en el punto de vista de que el poco beneficio obtenido se debería a deficiencias técnicas que colocan al riñón operado en condiciones poco fisiológicas y biológicas, y con este motivo las técnicas se han multiplicado al infinito, llegando actualmente los diferentes “**métodos propios**” a la cantidad de 150.

G. se inclina, después de la práctica que le han dado 71 casos personales, al primer grupo de autores. Considera que la división de los autores franceses en forma neurasténica, dispéptica y dolorosa no es adecuada, y no responde a la verdad, pues jamás los síntomas se presentan aislados, y, apoyándose en su material quirúrgico, asegura que la forma dolorosa es la que más ve y que las otras formas, la dispéptica y neurasténica, son descubiertas generalmente por los clínicos o los neurólogos respectivamente.

El autor, bajo tal punto de vista diagnóstico, divide la nefroptosis en varios grupos:

A. — Enfermos a los cuales falta todo sintoma y que no tienen modificaciones en la orina y en los que por casualidad se les descubre un tumor abdominal.

En aquellos que por la palpación se les diagnostica un riñón ptósico no debe ser sometido a ningún examen ni deben ser siquiera enterados de su anormalidad.

Cuando el diagnóstico resulta difícil se apoya en la pielografía para aclararlo, medio que le permite diferenciar las anormalidades renales, en cuanto a forma y posición, descubrir la presencia de tumores, etc.

En este primer grupo de enfermos anatómicos y no clínicos, no es aconsejable la intervención y sólo la realiza el autor en aquellos pacientes que se entretienen en sentir su riñón deambular en el vientre como medio profiláctico para proteger al órgano contra posibles traumatismos.

B. — Enfermos con nefroptosis que padecen de ataques de cólico nefrítico característico por su localización y radiación y con disuria.

Durante el ataque es imposible el examen; después de éste se harán pielografías en posición de pie, exámenes funcionales, cateterismos que a veces permitirán comprobar una dificultad de ascensión del catéter a los 15 o 25 centímetros; levantando el riñón y colocándolo en posición normal el catéter continúa pasando.

Se muestra partidario de las uréteropielografías en posición de pie. Algunos autores aconsejan dos radiografías, una en decúbito dorsal y otra parada. G. se decide por la pieloscopia en posición de pie.

La pieloscopia en posición de pie les permite colocar manualmente el riñón en posición y descubrir de esta manera bajo la pantalla radioscópica dónde estará mejor colocado, funcionalmente hablando, y dónde desaparecerá la acodadura ureteral y le permite evitar los tironeamientos del uréter en una fijación demasiado alta que conduce a hidronefrosis, permitiendo también observar la mejoría funcional del órgano cuando se encuentre en su sitio normal.

En algunos casos no hay acodadura ureteral y es imposible diagnosticar retención en la pelvis (hidronefrosis intermitente); en estos casos se trata, según el autor, de torsión y compresiones de los vasos del riñón por torsión del órgano que se puede producir sobre su eje longitudinal como sobre su eje transversal. fenómeno éste que se descubre por la imagen radiográfica.

En los casos en que la radiografía simple no permitiera descubrir sin lugar a dudas una torsión del riñón, el autor aconseja el pneumo-riñón, acompañado algunas veces de la pielografía.

El diagnóstico en estos casos es algunas veces difícil, pues generalmente se acompaña de hematurias, y en ellos se hallan colocados muchos diagnósticos de nefritis dolorosas y nefritis hematóricas.

Cualquiera de las dos formas que sea, debe el enfermo someterse a una operación. No aconseja las fajas, que cree un método incómodo e incompleto.

La operación, según el autor, debe tener como principales miras la total decapsulación del riñón y la colocación de un tapón en el polo inferior, siguiendo a esto un reposo en cama de 3 a 4 semanas.

C. —Enfermos con dolores no característicos de cólicos.

En estos enfermos se cometen errores diagnósticos (apendicitis, colecistitis, enfermedades ginecológicas, etc.).

En algunos casos resulta difícil atribuir el dolor a la movilidad exagerada del riñón, y en éstos es de aconsejar referirse al método del bloqueo del segmento renal, según **Lowen** (D. XII-LI) o determinar la zona hiperálgica de **Headschen**.

Los antecedentes y la radiografía completarán el diagnóstico, y, si es positivo, la indicación es la misma que la del caso anterior.

D. — Enfermos sin dolores agudos que se quejan de dolores vagos persistentes o de aparición periódica.

Son éstos los casos de diagnóstico más difícil, y aun cuando se compruebe palpatoriamente el descenso del riñón, no debe aceptarse que los síntomas sean producidos por esta anomalía.

Se harán en estos casos exámenes clínicos repetidos (reposo-marcha), exámenes radiográficos a repetición (desaparición del dolor por la colocación de una faja, pielografía con ella en posición de pie y sin ella).

Este grupo ofrece las mayores dificultades, tanto para el diagnóstico como para las indicaciones operatorias.

Aconseja la operación cuando es posible la comprobación de la dificultad de evacuación de la pelvis renal, pero si éste no es el caso deja la elección al enfermo.

El autor ha estudiado 71 casos de nefroptosis, y de éstos eligió 18, cuya enfermedad databa de los 3 a los 26 años, algunos con ataques agudos y otros con dolores lumbares vagos, practicando el examen funcional de sus riñones por medio de la prueba del indigo carmín, la conformación de la pelvis por medio de la pielografía y pieloscopia en posición de pie y el funcionamiento de la misma por la pieloscopia.

De esto saca en conclusión que la nefroptosis no trae aparejada ninguna disminución funcional del riñón y que esta enfermedad no pone en peligro la vida a los enfermos. Tampoco es para el autor una causa de hidronefrosis, pues si bien es cierto que durante el día el funcionamiento se hace mal, durante la noche la plevis renal vuelve a su estado normal.

Una excepción existe cuando hay fijación del riñón y uréter en posición anormal.

Cree que el término de hidronefrosis intermitente no se ajusta a la verdad y que es más propio llamar a estos casos con el título de pielectasias intermitentes.

Aconseja la pielografía endovenosa durante el ataque y después de él para descubrir la dilatación pélvica.

Tampoco admite que las torsiones del riñón (temporarias) puedan producir graves perturbaciones funcionales del órgano, de manera que ni ésta ni el descenso grave del riñón permiten operar al paciente en forma profiláctica, cuando sólo se tiene en cuenta el estado funcional del órgano.

Acepta que la pielitis es más frecuente y más persistente en las nefroptosis, pero cree que ella puede mejorar empleando procedimientos conservadores (drenaje con sonda ureteral permanente durante varios días y lavaje de la pelvis renal).

Cree el autor que la nefroptosis no es causante localización de enfermedades secundarias.

Sin explicar queda aún la frecuencia de la apendicitis y nefroptosis, aunque el autor no ha podido comprobar este dato, aconseja la extirpación del apéndice en aquellos casos en que se comprueba una apendicitis crónica y una pielitis recidivante a colibacilos.

Una influencia del riñón anormal sobre otros órganos es rara vez observada.

La operación está indicada en los casos de dolor y en aquellos que por una causa anormal existen pielectasias o pielitis a repetición que no pudieran ser corregidas por los métodos habituales.

El dolor desaparece después de la operación, pero no tan buenos son los resultados alejados, aunque éstos han mejorado en las últimas estadísticas.

Las preguntas que aún quedan sin contestar lo serán, seguramente, para el mejor examen clínico de los enfermos, dándole una parte importante a la pielografía endovenosa.

L. Rebaudi.

H. VIETHEN. — **Observaciones durante el empleo del Thorotrast en las pielografías retrógradas.** — Z. F. U., 27 Band. 1933. Heft 5.

El autor se ha ocupado del estudio de la pielografía endovenosa conjuntamente con F. Sartorius en la sección urológica de la reunión de los investigadores y médicos alemanes (Wiesbaden 27 y 28 IX de 1932), llegando a la conclusión que los mejores medios opacos lo constituye el uroselectan A. y uroselectan B. el Abrodil y el Perabrodil.

En las pielografías ascendentes ha usado los medios de contraste de constitución coloidal, Intramin-Henning y Tharotrast-Heyden y dice que con el primero de los medios no se han podido observar absorción del medicamento por la mucosa de la región renal.

Sucede lo contrario con el Thorotrast y cita los casos de Löhr y Hendrick que encuentran en un enfermo 7 días después del examen un depósito de Thorotrast y el pasaje pielorenal del mismo y más tarde un transporte del Thorotrast en los sistemas linfáticos alrededor del riñón lo mismo sucede en esta enferma después de unapielografía del otro lado. Estos autores pueden observar lo mismo en otro caso.

Puhl constata lo mismo, pero a la inversa de Lohr y Hendriock que quedan partidarios de este medio opaco lo desecha.

Dice el autor que debido a las múltiples ventajas que presenta el Thorotrast, ventajas que eran apoyadas por otros autores la ha utilizado de preferencia y que en 50 casos en los cuales ha radiografiado media hora después de la pielografía no ha podido constatar restos del medicamento, sin embargo ha tenido que modificar su opinión, debido a la constatación hecha en los últimos tres casos.

Primer caso: Un enfermo con trastornos del lado derecho pielografiado cuatro semanas antes con Thorotrast en otra clínica, con diagnóstico de hidronefrosis y como la radiografía no era muy buena se hace un exámen bilateral, dando la eliminación del azul de metileno el derecho a los seis minutos y el izquierdo a los cuatro, haciéndose el diagnóstico de hidronefrosis in-

fectada del derecho. Como el enfermo no mejora a pesar del tratamiento, se sospecha un cálculo, el cual debido a la opacidad del medio no pudo ser observado en la pielografía y en la radiografía se encuentra una sombra que por sus caracteres es indudablemente calculosa a nivel del borde inferior de la tercera vértebra lumbar.

En la operación no ha sido posible constatar la presencia del cálculo. Se extirpa el riñón y radiografiado fuera del cuerpo se encuentran la sombra pseudo-calculosa, lo mismo que manchas de Thorotrast en el riñón pudiéndose constatar químicamente la presencia del medicamento.

Dos semanas después de la operación, una nueva radiografía no permite la visualización de ninguna sombra.

Segundo caso: Un enfermo pielografado y en una radiografía simple de otra clínica viene con diagnóstico de cálculo único de pelvis renal derecha. Por motivos quirúrgicos, cuatro semanas después de la primera pielografía se saca un radiografía simple y con sorpresa se constata que las sombras calculosas son dos en lugar de una. Operado el enfermo se encuentra solo un cálculo suponiendo que la otra sombra sea un resto de Thorotrast lo cual se comprueba debido a su desaparición en otra radiografía sacada 14 días después de la operación.

Tercer caso: El de un pielografía con Thorotrast hecha por un supuesto tumor renal izquierdo; como este examen no aclarara el diagnóstico, se hace un pneumo-riñón y se radiografía nuevamente con una sonda uretral el resultado fué el de la comprobación de abundante extravasado peripélvico de Thorotrast.

A consecuencia de estas comprobaciones aconseja el autor no abandonar nunca una radiografía de conjunto antes de la pielografía e insistir en los antecedentes para dejar sentado si ha habido pielografía anteriores y si estas han sido hechas con Thorotrast.

El Thorotrast va por la vía linfático al retículo endotelial de ciertos órganos, donde es absorbida (hígado, bazo, médula ósea), de manera que una confusión con otras sombras no puede persistir por mucho tiempo, solo falta determinar este tiempo para eso se reserva el caso tercero.

L. Rebaudi.

P. SCHENER. -- Sobre pielografía con Thorotrast y el pasaje del medio de contraste al riñón. -- Z. F. U., 27 Band. 1933. Heft 7.

En encontrando el autor diversas ventajas al Thorotrast como medio de contraste para las pielografías es que se resuelve a usarlo en vía de experimentación. En dos casos, sin embargo, la imagen del contorno de los cálices no es muy nítida porque la substancia de contraste ha pasado al riñón y sus alrededores donde se encuentra en uno de ellos después de un año de realizada la pielografía. Trae enseguida la historia de dos enfermos con sus radiografías.

Confiesa el autor que esa absorción del Thorium después de las pielografías ha sido descripta, que Lohr y Hendrieck (Z. Chir. 1933-1314) son de opinión que a pesar de ello debido a sus múltiples ventajas debe seguir en uso y que como en los dos casos descriptos una lesión ligera debido a la absorción del Thorotrast no ha sido observada. Sin embargo se pueden hacer objeciones, refiere para ello los accidentes por inyección intravenosa debido a la absorción del Thorotrast por los órganos (hígado, bazo placenta) y por último refiriéndose a la radio actividad del thorium que a pesar de no ser alta debido a la larga permanencia en el tejido renal en los casos por él descriptos pudiera provocar alteraciones (Neoplasmas).

Asegura por último que sólo el tiempo nos podrá dar la clave del asunto cuando estos casos hayan podido ser observados después de años pero él personalmente debido a esta razón y debido a las persistencias de las sombras que dificultan nuevas radiografías se muestra más partidario del abrodil.

L. Rebaudi.

JULIO MINDER. -- Sobre el tratamiento quirúrgico de la ptosis renal. -- Z. F. U., 27 Band. 1933. Heft 6.

El autor encuentra que su experiencia puede quedar resumida en los siguientes puntos:

1º. Que la operación está indicada en el caso que los dolores se hagan insoportables o que las alteraciones objetivas hayan alcanzado tal grado que prácticamente no se pueda esperar ningún resultado de los métodos conservadores. Este principio puede ser alterado solamente por la colocación social del enfermo en que algunas veces por sufrimientos pequeños se indique la operación. Antes de cada operación es necesario dejar bien sentado de si los dolores son realmente producidos por el riñón. La operación de Nefropexia y apendicectomía no lo cree necesario.

2º. Infección y dilatación secundaria del riñón constituyen una indicación absoluta para la intervención debido a que según el autor solo una operación precoz puede evitar los trastornos tisurales.

3º. La intervención debe ser la más sencilla con la técnica por él empleada (fijación del polo inferior por dos puntos perforantes a la extremidad pósterior superior de la herida).

4º. No cree que el riñón ptósico pueda ser la causa de localización de afecciones secundarias pues no se ha comprobado en éste mayor frecuencia que en los riñones normalmente colocados. Cree que para que se produzcan hidronefrosis es necesario que haya un defecto en el tono muscular de la pelvis renal y ureter.

5º. Los resultados operatorios inmediatos son excelentes, El 97,9 % de los enfermos abandonaron la clínica tres semanas después de la operación sin trastorno alguno. Como ningún enfermo ha regresado a la clínica no ha tenido motivos para reoperar con este motivo los resultados alejados los toma como buenos.

6º. En el tratamiento post-operatorio es importante que el enfermo permanezca en posición horizontal durante 10 a 14 días.

7º. La nefropexia no comporta ningún riesgo, sobre 97 casos la mortalidad es nula.

L. Rebaudi.

V. VERMOOTEN. — La orina de los enfermos que son sospechosos de procesos infecciosos del aparato urinario. (I. Amer. Med. Assoc. 90, N° 22).

Expresa que el urólogo se limita frecuentemente a enviar al Laboratorio, para su examen, la orina recién recogida estérilmente. Opnia que siempre debería, **personal e inmediatamente**, centrifugar y **hacer un frotis**, colorearlo y examinarlo al microscopio. El autor demuestra que por no seguir esta conducta, un 33 % de los casos dieron resultados falsos. Los frotis de centrifugados frescos **revelaron más frecuentemente la presencia de bacterias** que los cultivos realizados en el laboratorio del **hospital**.

A. von der Becke.

MAURICIO CHEVASSU. — El valor de la constatación radioscópica de la limitación unilateral de los movimientos del diafragma, para el diagnóstico de ciertas afecciones renales. — *Gaz. des Hopit.* 101, Nº 55.

En base a más de 200 exámenes radiológicos demuestra que ciertas afecciones renales, y **especialmente perirrenales**, se traducen por alteraciones del diafragma, en especial de su movilidad. **La excursión del lado enfermo está disminuída y hasta a veces suprimida.** La mayoría de las afecciones quirúrgicas del riñón pueden dar este signo, pudiéndose, por este sencillo procedimiento, sin necesidad de cateterismo ureteral, reconocer el lado enfermo. **Este método es de gran utilidad en los procesos agudos perinefríticos** y en los abscesos de la zona cortical, en los cuales no se presentan alteraciones vesicales ni de la orina. La alteración de la excursión diafragmática en la pantalla fluoroscópica puede despertar, recién, la sospecha de una afección urinaria.

A. von der Becke.

K. NEUSCHLOSS. — Sobre la Roentgenterapia en las afecciones gonocócicas de los anexos masculinos. — *Borgnogy. Szemle* 9, Nº 12, Hungría.

Wetterer fué el primero en propiciar la irradiación de los anexos del hombre en las complicaciones blenorragicas. El autor la ha ensayado con éxito en varios casos. La curación de las epididimitis fué completa en los casos recientes, tanto que al cabo de 6 meses de terminada la curación de una epididimitis bilateral se pudieron constatar espermatozoides vivos en el producto de la eyaculación. En casos de prostatitis rebelde se pudo obtener orina límpida y la desaparición de los gonococos después de dos aplicaciones.

A. von der Becke.

J. HERMAN. — Sobre pielografía en la tuberculosis renal. — *Orv. Hetil*, 74, Nº 1332, Hungría.

Expresa el autor que también la pielografía puede ser de utilidad en el diagnóstico de la tuberculosis renal. El resultado negativo de la pielografía descendente puede presentarse cuando hay alteraciones extensas y avanzadas. La prinefrografía revela las adherencias perinefríticas. La pielografía muestra la atonía, la dilatación y la alterción de los cálices y de la pelvis renal, así como a veces las lesiones destructivas. Pero como alteraciones semejantes también pueden presentarse en otros procesos renales, es preciso considerar los resultados de los exámenes clínicos para establecer el diagnóstico.

A. von der Becke.

ANDRE y GRANDINEAU. — **Tratamiento de los tumores malignos de la vejiga.**
(Relato oficial al 32º Congreso Francés de Urología).

La Asociación Francesa de Urología se ha ocupado por segunda vez del tratamiento de los tumores malignos de la vejiga, en el 32º Congreso anual de la misma. Sus relatores oficiales, André y Grandineau, de Nancy, hacen un estudio detallado y prolijo del tema, que puede resumirse en los conceptos siguientes.

En primer término, los autores sostienen que es necesario precisar el concepto de malignidad de los tumores vesicales, causa en la cual reside la aparente contradicción de las estadísticas publicadas. Si bien es cierto que los tumores pediculados o pediculizables, de apariencia vellosa, pueden ser desde el punto de vista histológico, epitelomas primitivos, o debidos a la transformación epiteliomatosa de un papiloma, está fuera de duda que estos tumores son infinitamente menos malignos que los tumores sesiles o el cáncer de tipo infiltrativo. En efecto, en ese tipo de epiteloma (pediculado o pediculizable) la infiltración neoplásica suele detenerse frecuentemente a nivel del pedículo, y aunque sobrepase sus límites, la infiltración se reduce por lo común a la mucosa, respetando la submucosa, que hace de plano de deslizamiento, permitiendo por tracción, la formación de un amplio cono de mucosa, que es fácilmente extirpado sobrepasando los límites de la neoplasia, en maniobras operatorias simples y de resultados satisfactorios en cuanto a las recidivas.

No ocurre lo mismo en los tumores sesiles o en el cáncer de tipo infiltrativo. La característica de estos tumores es la de invadir muy precozmente la totalidad del espesor de la pared vesical, invasión que frecuentemente abarca una zona mucho más extensa que la de apariencia tumoral, de donde la ablación quirúrgica o la destrucción de los elementos cancerosos por los agentes físicos debería hacerse aún en la zona de apariencia normal que rodea al tumor, y en cuanto a los agentes físicos estarán poco menos que destinados al fracaso por la imposibilidad de destruir todos los elementos que constituyen la pared vesical.

Esta diferencia fundamental entre los epitelomas vellosos más o menos pediculados, y los tumores sesiles o infiltrados, se traduce igualmente por el hecho de que los primeros no infectan sino tardíamente la red linfática y los ganglios, y raramente dan lugar a metástasis; en cambio los segundos tienen como característica esta modalidad evolutiva, y aun las extirpaciones más amplias pueden ir seguidas de recidivas locales o a distancia, que ensombrecen el pronóstico.

En cuanto al tratamiento de los tumores malignos de la vejiga, no se ha llegado aún al método de elección. Persiste hoy día, como en los últimos años, las tres tendencias conocidas de todos: el tratamiento quirúrgico, el tratamiento por los diversos medios físicos, y por último, la tendencia abstencionista, que prefiere tocar lo menos posible estos tumores.

Pese a esta aparente anarquía, existen algunos casos en los cuales parece haberse llegado a un acuerdo en la conducta terapéutica, y los autores los agrupan de la siguiente manera:

En lo que concierne a los tumores vellosos, más o menos pediculados, la opinión casi unánime de los urólogos de todos los países, es la de que deben de comenzar a ser tratados por la alta frecuencia por vía cistoscópica, siempre que sean fácilmente accesibles a la sonda de electrocoagulación, que sean únicos o en número reducido, y que su volumen medio no sea mayor que el de una nuez. Puede asociarse a la electrocoagulación, *el radium*, aplicado con dispositivos especiales, por vía cistoscópica, en la base del tumor, en forma de tubos o agujas, método usado corrientemente por los americanos y casi desconocido en Francia.

Si los tumores son muy voluminosos o múltiples y dificultan las maniobras cistoscópicas, o si resisten a la alta frecuencia por esa vía, que debe hacerlos desaparecer en dos o tres sesiones, será menester recurrir a tratamientos más rápidos, a vejiga abierta. En esos casos, refieren los autores, que la mejor intervención, desde el punto de vista de la menor gravedad y los buenos resultados definitivos, es la escisión del tumor y de una amplia zona de la mucosa vesical que lo rodea, respetando la pared muscular, escisión llevada a cabo mediante el bisturí eléctrico, y tratando la herida resultante mediante el "étincelage" de la superficie cruenta. A fin de evitar el posible injerto de células neoplásicas desprendidas del tumor, abren la vejiga también con el bisturí eléctrico, previa protección meticulosa del campo operatorio, y al final de la intervención, rellenan la vejiga con alcohol, formol, resorcina o mercuriocromo al 1 por mil. Este procedimiento simple, poco chocante, con una débil mortalidad, calculada en un 7 %, puede ser empleado cualquiera que sea la zona de la vejiga en que asiente el tumor, aun en los implantados en la proximidad de los uréteres, pues con la maniobra de deslizamiento de la mucosa, se respeta la integridad de la muscular y la cicatrización de los orificios ureterales es poco menos que perfecta, no habiéndose observado reflujo.

En los casos de tumores vellosos de gran desarrollo, que rellenan casi la totalidad de la vejiga, los autores dicen haber practicado el viejo procedimiento de la destrucción con el termocauterío, y se muestran asombrados

del resultado obtenido en algunos casos y de la admirable reparación de la mucosa. Después de cerrada la vejiga, si es menester continúan el tratamiento con alta frecuencia por vía endoscópica, en los brotes que pudieran quedar. Consideran este procedimiento, cuando menos, comparable a la electrocoagulación a ciclo abierto.

En cuanto a los tumores sesiles o infiltrados no parece haberse podido llegar a un acuerdo en el tratamiento de elección a instituir, siendo en ellos donde las opiniones están encontradas, prefiriendo algunos autores la exéresis quirúrgica y otros los agentes físicos.

Pero todos, en cambio, parecen coincidir en la ineficacia de los tratamientos endoscópicos en tumores de esta naturaleza quedando reducido su empleo como simple tratamiento sintomático en casos de hematurias, por ejemplo, o en enfermos que por su estado general no permiten las intervenciones a ciclo abierto. Estos últimos son los únicos que han dado algunos resultados satisfactorios, y como implican siempre una amplia destrucción de la pared vesical, ya sea por exéresis o por los agentes físicos, los autores orientan el tratamiento creando tres grupos distintos según el asiento del tumor.

1º En presencia de un tumor único, de mediano volumen, bien limitado, duro, sesil e infiltrado, que asiente en la mitad superior de la vejiga, lejos del bajo vientre, y sobre todo de los orificios ureterales, en forma que una ablación que sobrepase cuando menos en 2 $\frac{1}{2}$ centímetros los límites del tumor sin comprometer la integridad de los uréteres, la resección parcial de la vejiga parece ser el tratamiento que ha dado mejores resultados. Desde luego que la resección debe comprender todo el espesor de la pared vesical, y en cuanto a la técnica a seguir, prefieren practicar la resección de dentro hacia afuera, es decir, sin desprender mayormente el peritoneo y el tejido celular peri-vesical, practicar la abertura de la vejiga y llevar a cabo la resección guiados por el aspecto y la palpación del tumor dentro de la cavidad vesical. La exéresis debe comprender el tejido celular perivesical y aun el peritoneo, que no debe tratar de despegarse, cuando la zona tumoral esté en relación con la serosa. En ese caso, la protección del campo operatorio, debiera ser lo más prolija posible.

Los resultados de la resección parcial de la vejiga, en los tumores desarrollados a expensas de su mitad superior, parecen ser alentadores, aunque no refieren cifras de estadística; pero la poca frecuencia de esa localización hace que los posibles éxitos se reduzcan a un número muy limitado de casos.

2º En los casos de un tumor maligno, sesil o infiltrado, desarrollado en el 1/3 inferior de la vejiga y comprometiendo en su desarrollo la integridad del bajo fondo y de los orificios ureterales, el problema es más complejo, y la solución más remota. En estos casos que desgraciadamente son los más frecuentes, es en los que se mantiene abierta la discusión entre el tratamiento quirúrgico y los agentes físicos.

La cistectomía parcial, seguida de reimplantación del uréter o de nefrectomía, según el estado del riñón, no es practicable en la mayoría de los casos, porque no es posible sino raramente la exéresis amplia de un tumor del bajo fondo, que es la única que ofrece garantías. Sólo podrá llevarse a cabo en los tumores de escaso desarrollo y perfectamente localizados, como en una observación personal que refieren los autores con 12 años de sobrevida.

La cistectomía total, que sigue el precepto quirúrgico de extirpar el mal y el órgano enfermo, sería teóricamente la operación que parecería ofrecer mayor seguridad de éxito.

Pero comúnmente se la lleva a cabo en sujetos portadores de neoplasias muy desarrolladas, anemiados por hematurias repetidas y en pésimo estado general, lo que hace de ella una intervención con la cifra pavorosa de una mortalidad operatoria de un 50 % y un malísimo resultado alejado porque naturalmente en casos semejantes ya existen metástasis que alejan toda posibilidad de un tratamiento radical.

La cistectomía total sería la operación racional en los tumores pequeños, diagnosticados precozmente, en sujetos cuyo estado general fuera capaz de soportar el intenso choc operatorio, pero en tales casos es difícil que los enfermos se avengan a someterse a un tratamiento tan mutilante.

Por tales consideraciones, los autores creen que es preferible utilizar en casos semejantes, los agentes físicos, que con una menor gravedad y una simplicidad de ejecución al alcance de todos, han dado resultados alejados comparables al tratamiento quirúrgico.

3º Este grupo comprende a los tumores malignos múltiples de la vejiga, que no son del todo raros — no se trata, por supuesto, de 2 o 3 tumores pequeños y próximos unos a otros, para los cuales regirá la conducta mencionada anteriormente, sino de tumores que han alcanzado un regular desarrollo y situados en zonas alejadas dentro de la vejiga. La cistectomía parcial, también múltiple, es impracticable, salvo casos excepcionales; y los tratamientos por agentes físicos parecen haber fracasado invariablemente.

La cistectomía total es la única terapéutica, pese al elevado tanto por ciento de mortalidad.

Los autores terminan recordando la estadística de Cuningham, quien compara los casos operados hace 20 años y los intervenidos en los últimos tiempos. La mortalidad operatoria se ha reducido a la mitad, pero los resultados alejados siguen siendo los mismos. Vale decir que en concreto, la cirugía ha colaborado muy poco en la curación del cáncer de la vejiga.

En cuanto a los agentes físicos, salvo los casos de tumores pediculados que aconsejan tratarlos con alta frecuencia por las vías naturales, prefieren la electrocoagulación a cielo abierto. No son partidarios del radium por los riesgos de la aplicación, y de utilizarlo prefieren hacerlo a cielo abierto, y en forma de tubos con radiaciones.

La radioterapia profunda es un fracaso en los cánceres de la vejiga, y creen que sólo es eficaz en algunos casos para combatir la hematuria.

El mesothorium mejora el estado general y parece influir favorablemente en el estado local, pero sobre todo su inofensividad hace que siga utilizándose.

En los casos inoperables o en las recidivas, el tratamiento sintomático local y en último caso la talla vesical y el sedol "última ratio" del cáncer de la vejiga.

A través de toda la comunicación se nota un profundo excepticismo de parte de los autores respecto al resultado alejado de los diversos tratamientos del cáncer de la vejiga.

A título de consuelo dicen que ello es debido seguramente a que los cánceres de la vejiga se diagnostican y se tratan casi siempre tardamente, y que a pesar de todos los fracasos, existen indudablemente algunos casos de curaciones definitivas, que justifican los medios terapéuticos puestos en práctica y hacen abrigar siempre una esperanza.

Alberto E. Garcia.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

RODOLFO L. FERRE y RICARDO FINOCHIETTO. — **Uréter: Su desviación por un gran quiste didático del hígado.** — La Semana Médica, 1933, T. I, Nº 8, pág. 644.

Luego de algunas ligeras consideraciones sobre el valor de la pielografía para el diagnóstico de las tumoraciones abdominales relatan los autores una observación de una enferma de 68 años en quien se diagnostica quiste hidático de la cara inferior del hígado, se practican pielografías ascendente y ellas muestran una pronunciada desviación del uréter, muy visible en la posición lateral, en forma tal que todo hacía suponer que la tumoración era retroperitoneal, para o yuxtarenal.

La intervención confirmó la primera impresión clínica esto es de que se trata de un quiste hidático del hígado, que al descender la porción extra-peritoneal de la cara posterior se comportó con respecto al uréter como un tumor retroperitoneal.

Acompañan 4 radiografías.

José L. Monserrat.

HECTOR D. BERRI. — **Los divertículos de la vejiga. Su diagnóstico. Importancia de la cistorradiografía.** — La Semana Médica, 1933, T. I, Nº 8, página 670.

Analiza el autor el concepto de los divertículos de la vejiga y la sintomatología con que ellos se manifiestan clasificándolas en dos grandes grupos: Signos funcionales tales como la disuria; la micción en dos tiempos, la cistitis etc., y signos físicos, en los cuales ocupa un lugar preponderante el examen cistoscópico y sobre todo el radiológico.

El examen cistoscópico informará del estado de la vejiga, el tamaño de la comunicación diverticular y algunas veces, hasta los caracteres de la mucosa diverticular.

El examen radiológico informará con exactitud, la posición, el tamaño, relación con la vejiga y con los órganos vecinos etc., aconsejable sobre todo por cuanto es de técnica fácil, seguro e inócuo.

Acompaña 7 figuras.

José L. Monserrat.

JIMENEZ DIAZ. — **Tratamiento de las nefritis crónicas.** — El Día Médico 1933, Nº 30, página 605.

El autor por la indole del trabajo (una conferencia) hace referencias generales al concepto de las nefritis crónicas, establece los fundamentos dietéticos para aquellos casos en que no existe hipertensión. Insiste sobre todo en que el régimen no debe ser depauperante, como lo son habitualmente los regímenes para estos enfermos, y recomienda sobre todo, suministrarle proteínas en cantidades entre 40 a 60 grs. por cuanto la gravedad de la afección es manifiesta en los períodos de hiperdestrucción (albuminarios etc.) debiéndose por lo tanto reponer estas pérdidas.

José L. Monserrat.

CARLOS MASTROSIMONE. — **Resección e injerto autoplástico en un riñón único.** — La Semana Médica, 1933, T. I, Nº 13, página 1082.

Excelente trabajo experimental que le lleva al autor a las siguientes conclusiones:

1º La resección renal seguida de injerto autoplástico da completa seguridad de hemostasia y es siempre aplicable mientras la que se termina con una simple sutura no está exenta de peligros por la hemorragia (secundaria o taria) y no es siempre de aplicación, debiéndose extirpar necesariamente una cuña de substancia para constituir una cubierta natural.

2º La hemorragia que se produce después de la resección desaparece rápida y completamente si se injerta tejido autoplástico y mucho más tentamente y con dificultad con lo sutura sola.

3º La función renal se realiza sistemáticamente de acuerdo con las exigencias fisiológicas de los animales en experimentación y no presenta alteraciones importantes como para contraindicar la resección del injerto.

5º Por la aplicación del injerto parece producirse en el porta injerto una mayor y más rápida hipertrofia a los fines de un mejor funcionamiento, comparado con el riñón tratado por la simple sutura y parece que el injerto autoplástico ejerce una cierta influencia que se traduce tal vez en una especie de estímulo y sollicitación sobre el tejido del porta injerto, suficientemente útil para asegurar la capacidad funcional del riñón residual.

GUILLERMO SCHULTZ ORTIZ. — Índice de depuración ureica de la sangre.

— La Semana Médica, 1933, T. I, Nº 11, página 865.

El autor define como índice de depuración única de la sangre, a la relación de la concentración única de la sangre y orina, y del volumen urinario en una unidad de tiempo, de acuerdo al procedimiento ideado por Möller, Mac Intosh y Van Slyke en 1928.

Analiza a continuación la historia y fundamento del método, aplicándolo al estudio de 20 enfermos que le permite llegar a las siguientes conclusiones:

1º Hemos averiguado el índice de depuración úrica en 20 enfermos pertenecientes al Instituto de Enfermedades de la Nutrición, cuatro de ellos renales.

2º En los renales obtuvimos el 50 % o por debajo con poca variaciones de una a otra hora eran enfermos con azohemias normales, pero en los que las demás pruebas renales señalaban una insuficiencia manifiesta, en concordancia con el índice.

3º En una de las enfermas el régimen clorurado provocó una franca disminución del índice con un empeoramiento manifiesto de su estado general la vuelta al régimen sin sal trajo consigo un alza del índice simultáneamente con la desaparición de los trastornos.

4º Entre los otros 16 enfermos obtuvimos valores entre 50 y 75 % en dos, ambos arteriales crónicos, lo que hace presumir una cierta participación renal en ellos.

5º Los 14 enfermos restantes mostraron valores superiores al 75 % por lo menos en una de las horas, con amplias variaciones entre una y otra muestra, incluso una enferma cardíaca en asistolia.

6º Aunque este número de observaciones es escaso, creemos que se trata de un procedimiento de considerable importancia práctica, con él se logran poner de manifiesto insuficiencias renales incipientes en que los demás datos de laboratorio son aún normales.

José L. Monserrat.

ENRIQUE A. BERETERVIDE y JOSE I. REBOIRAS.—Septicemia estreptocócica a puerta de entrada genital con síndrome encefálico. — La Prensa Médica Argentina. 1933, Nº 13, pág. 687.

Refieren los autores la historia clínica de una enferma de 12 años que 15 días antes presentó bruscamente, temperatura, escalofríos cefálea que cedió al cabo de 203 días, que se repite 5 días después, agregándose al cuadro anterior un estado confusional que al continuar, determinan su ingreso al hospital. En el examen general practicado, se señala un estado confusional, hipertonia dolorosa de los músculos y una abundantísima supuración vulvovaginal, cuyo examen dió gonococos y estreptococos, siendo también positivo el hemocultivo.

Los autores analizan uno por uno cada síntoma que les permitió llegar en conclusión al diagnóstico que encabeza la publicación.

J. L. Monserrat

A. SERANTES, J. L. MONSERRAT y A. E. GARCIA. — **Epitelioma de pelvis renal con voluminosa hematonefrosis.** — El Hospital Español, 1933, Nº 17, página 177.

Comentan la historia clínica de un enfermo de 49 años, que hace 3 años tuvo una hematuria espontánea, silenciosa y que duró 2 días, al año se repite la hematuria con idénticos caracteres durando 5 días. Hace tres meses, hematuria más abundante y al repetirse con frecuencia determina su ingreso al servicio. Del examen practicado se comprueba una tumoración voluminosa en hipocondrio y flanco izquierdo. La separación demuestra un déficit marcado para este lado no pudiéndose obtener la pielografía. Del conjunto de datos clínicos y análisis establecen el diagnóstico de tumor renal, y notablemente un epitelioma de pelvis renal con hematonefrosis. La operación

confirma esta última presunción. El estudio patológico realizado demuestra tratarse de un epiteloma vegetante de la pelvis y una hematonefrosis, evidenciando el parenquima profundas alteraciones. A continuación pasan una rápida revista de los principales trabajos de conjunto de este tema y de los de la literatura nacional, comentando las características clínicas y anatómicas de estos tumores, así como de su tratamiento. Acompañan 6 figuras.

Resumen de los autores.

UBALDO ISNARDI. — Tratamiento quirúrgico de las fístulas uretroperineales.—

La Semana Médica, 1933, N° 20, pág. 1668.

El autor comenta el estado actual clásico del tratamiento de las fístulas uretroperineales y analiza las causas de recidivas así como el mecanismo de supuración en estas suturas.

Opinando que no siempre es posible practicar la derivación alta, y ser esta una operación que para el caso en estudio es desagradable siempre al cirujano, e ideado y practicado una técnica que puede resumirse así:

1º Preparación preoperatoria: Restitución del calibre uretral mediante dilataciones con bujías metálicas y desinfección local y urinaria.

2º Operación: Resección de los trayectos fistulosos hasta la uretra y de todos los tejidos de infiltración periuretral. Sutura continua en un solo plano con hilo de lino y tomando bastante espesor de tejidos periuretrales sanos. Taponamiento de la herida exterior con gasas. Sonda permanente y cierre por segunda.

3º Post-operatorio: primera curación a las 48 horas, luego curación todos los días, vigilancia de la sonda etc.

Con este procedimiento el autor ha tratado 4 casos y si bien el número es escaso, el hecho de tener 4 éxitos en este tipo de operación es muy sugestivo por cuanto de todos es sabido la facilidad de recidiva en este tipo de operación. Acompaña la historia clínica de los casos operados.

J. L. Monserrat.