Al operar una fractura de fémur, por imposibilidad de reducción o viciosamente consolidada, no quiere decir que fatalmente hemos de reducirla con osteosíntesis, pues eso se ha obtenido sin empleo de síntesis metálica alguna. La síntesis metálica conviene reducirla al mínimo posible y cuando ella es de cierta importancia o aún muy reducida, a menudo hay que extraerla. La osteosíntesis abundante, sobre todo la que tiene movilización o la de aros o anillos, que comprimen el hueso, parece que tienden a producir la osteoporosis o fenómenos de trofismo de los fragmentos óseos. Sin embargo, ese mismo trofismo y aun fracturas parcelares, las hemos observado con la simple coaptación de los fragmentos sin osteosíntesis alguna. (Simple presión muscular?). Nosotros, en las fracturas del fémur, hemso empleado de preferencia las láminas de Parham a las placas; sólo una vez en tres hemos tenido trastornos dolorosos y de reacción osteoperióstica que quizás obliguen a extraer el material de osteosíntesis. El callo de consolidación de la fractura de la diáfisis femoral, obtenido por operación, persiste blando durante largo tiempo, cosa que se pone en evidencia por la inflexión que sufren los fragmentos con la marcha más tardía del enfermo. La mayoría de nuestros callos óseos femorales, normales, al concluir el tratamiento de inmovilización, aparecen al tiempo flexionados. Esto indica la conveniencia de retardar el momento de reiniciar la marcha en el enfermo y la necesidad de prolongar mucho la extensión. La osteosíntesis del fémur, cuando está bien indicada y ella se realiza con una buena técnica, da excelentes resultados.

Contusión de vientre con rotura de riñón hidronefrótico

Por el Dr. J. C. DEL CAMPO

En enfermo objeto de esta comunicación ,Ant. B., de 15 años de edad, peón de stud, ingresó al Hospital Pasteur el 21 de Marzo de 1930, a la hora de haber recibido, en la región lomboilíaca izquierda una coz de caballo.

La zona de contusión cutánea asienta parte por encima y parte por debajo de la cresta ilíaca izquierda y a unos cinco centímetros por fuera del borde externo de la masa lumbar.

Estado general bueno. Facies pálido, de sufrimiento. En enfermo se queja de un fuerte dolor lomboabdominal izquierdo. Corazón y pulmón bien. Pulso 80.

Vientre: Hemivientre derecho libre y sin defensa. Dolor poco intenso y defensa

no muy acentuada en el hemivientre izquierdo. Macidez hepática conservada. En la zona inferior de la fosa ilíaca izquierda hay una zona de macidez de unos 8 centímetros de altura. Respiración abdominal disminuída en el hemivientre izquierdo.

Fosa lumbar izquierda: Inmóvil a la respiración; dolor y defensa a la palpación. Da la impresión de estar ocupada.

En la puerta de entrada emite orinas sanguinolentas.

Intervención: Dr. J. C. del Campo. Anestesia general, éter. Incisión transversal izquierda (Bazy). Decolamiento del peritoneo. De los espacios retroperitoneales sale una gran cantidad de líquido ligeramente teñido de sangre y con olor a orina. Se constata que se trata de una bolsa de hidronefrosis, rota en la atmósfera perirrenal. Extirpación de la bolsa, algo dificultosa en el polo superior por la existencia de una perinefritis no muy acentuada. Ligadura del pedículo con catgut N.° 3.

Examinada la logia renal después de evacuada, se ve venir sngre en sábana, de la parte superior de la zona decolada. Se constata que el mesocolon descendente y los tejidos retroperitoneales están infiltrados de serosidad (verosímilmente orina).

Se abre el peritoneo por delante del colon descendente, encontrándose que en la cavidad peritoneal hay una pequeña cantidad de líquido seroso claro (orina?) No se ve solución de continuidad en el peritoneo prerrenal.

Nada anormal en el intestino delgado y grueso; gran cantidad de ganglios en el mesenterio. Lavado al éter y cierre del peritoneo. Cierre da la pared en tres planos, dejando un taponamiento con gasa y tubo en la logia renal.

La pieza extirpada es una voluminosa bolsa de hidronefrosis, de 15 a 20 centímetros de longitud; tiene un desgarro de unos 8 centímetros de longitud, en la cara posterior, en una zona que corresponde al parénquima renal atrofiado.

En las primeras 24 horas hizo un íleo paralítico muy acentuado, con vómitos, vientre muy balonado y doloroso, íleo que cedió 24 horas después.

Fuera de eso no hubo otra cosa anormal, siendo dado de alta a los veinte días.

He creído interesante traer este caso a consideración de nuestra Sociedad.

Las roturas traumáticas de hidronefrosis son bastante raras (Gerard, para su informe para el XXX Congreso Francés de Cirugía sólo encontró 66 casos) y su publicación justificada por el hecho de que un estudio de conjunto no puede ser basado sobre la experiencia personal y sí sólo sobre el estudio de los casos descriptos.

En mi caso, como en la mayor parte de los publicados, el diagnóstico no fué hecho. Y sin embargo pudo serlo.

El único dato verdaderamente importante que permite establecerlo es el conocimiento de la existencia anterior de una hidronefrosis o

por lo menos de una sintomatología (cólicos nefríticos, tumefacción abdominal) que, como en el caso de Nash, permita pensar en ella.

Esos antecedentes existían en nuestro enfermo (1) pero el estado de inte so sufrimiento no le permitían seguir el interrogatorio.

Los otros datos señalados por los autores no tienen un valor absoluto y sólo podrán llevar a pensar en el diagnóstico.

El hecho de que el traumatismo sea de mínima intensidad no es un hecho de valor porque lo mismo ha sido señalado para alguna rotura del riñón y por otra parte en algunos casas como el nuestro el traumatismo ha sido violento.

La ausencia de hematuria no es un síntoma constante (nuestro caso como muchos otros lo presentaba) y esa misma ausencia ha sido constatada en casos de riñón normal.

Más interés tiene la formación rápida de una colección retroperitoneal grande, asociada a la ausencia de síntomas de hemorragia interna. Esa colección era manifiesta en nuestro caso, en el cual se constataba que la región lumbar estaba ocupada y que había una zona de macidez en la parte baja de la fosa ilíaca izquierda.

Con este dato, si el interrogatorio hubiera dado lo que debió dar, el diagnóstico podía haber sido hecho.

La ausencia de síntomas de hemorragia interna tiene valor; pero agreguemos que el estado de shock con que se presentan los enfermos no permite descartarla en el primer momento, y que, por lo tanto, exige un tiempo de observación, lo que no es posible ni indicado siempre.

Otro de los puntos importantes señalados es la frecuencia de síntomas abdominales, de un sindrome peritoneal, contractura en el primer momento, vómitos, balonamiento, detención de materias y de gases, secundariamente.

Son estos síntomas los que han hecho pensar en lesiones intestinales al principio y más tarde en íleo, oclusión, fenómenos apendiculares.

Esta sintomatología, atribuída a la dilaceración brusca por la orina — líquido irritante — del tejido celular subperitoneal, existía en el primer momento en nuestro caso y fué seguida de un íleo paralítico acentuado.

Este sindrome peritoneal no deja de complicar el problema y constituye un motivo más para intervenir de urgencia y para explorar la

(1) Había sido atendido 2 años antes por una tumefacción del vientre; se le habían hecho exploraciones urinarias y se le había dicho que debía operarse.

cavidad peritoneal; no creemos que la constatación de una lesión retroperitoneal exima de esto, ya que se ha señalado la asociación posible de ambas lesiones retro e intra peritoneales.

En lo que respecta al tratamiento, puede decirse que éste presenta los mismos problemas y las mismas inquietudes que el tratamiento de las contusiones renales graves en riñon sano.

Es indudable que, en general, no ha sido el sindrome hemorrágico (al contrario por lo tanto de lo que pasa en las contusiones de riñón sano) lo que ha determinado la indicación operatoria y ésta ha sido basada.

1) ya sea en la formación rápida de una colección retroperitoneal
2) ya sea en el sindrome peritoneal sobreagregado con todas las dudas habituales en los casos de contusión de vientre
3) ya sea en la desaparición de la bolsa cuando ésta era conocida antes de la intervención (caso raro).

Si la lesión renal puede ser indiscutida (presencia de hematuria) lo que no es posible en las primeras horas, en muchos casos, es descartar la existencia de otra lesión visceral.

El otro punto importante en que se trata de una intervención sobre riñón no conociendo el valor funcional del otro riñón.

Hay en estos casos por lo menos la obligación de, sobreponiéndonos a la sorpresa obligatoria, controlar la existencia del otro riñón.

Ha sido esto una omisión seria en mi conducta operatoria, no atenuada ni por el éxito de la intervención, ni por el hecho de estar acompañado por la mayoría de los que se han encontrado en mi situación, ya que raramente se ha hecho esa verificación.

Expuse al enfermo a contingencias tan desagradables como en el caso de Denis y Planchte, en el cual el riñón hidronefrótico extirpado era el único riñón del enfermo.

La constatación de una enorme bolsa de hidronefrosis, con parénquima atrofiado llevaría a pensar que el otro riñón fuera normal; pero esto no es absoluto, ya que puede haber lesiones en el otro riñón (casos de hidronefrosis bilateral).

Así pasó en el caso de Rechte: muerte por anuria al día siguiente. La autopsia muestra que el riñón derecho, igualmente hidronefrótico era del volumen de una cabeza de niño.

Más interesante aún es el caso de Gayet: en una intervención sobre una bolsa de hidronefrosis rota, el cirujano hace una simple nefrostomía. Los exámenes ulteriores comprueban que ese riñón es el mejor de los dos riñones. Habiendo fallecido el enfermo tiempo des-

pués, la autopsia indica que el riñón del otro lado era también hidronefrótico.

Vemos, por lo tanto, los peligros a que hemos expuesto a nuestro enfermo, aun cuando los resultados de la nefrectomia sean en general buenos, excelentes.

Si dudamos de la existencia del otro riñón o comprobamos que no es normal, hay entonces una indicación abosluta al tratamiento conservador: drenaje de la logia perirrenal, drenaje de la bolsa hidronefrótica, acomodando la conducta ulterior a las constataciones exploratorias.

Y si tuviéramos que sacar una conclusión general, diríamos que no siendo obligados por la intensidad de la hemorragia a hacer una nefrectomía hemostática, el drenaje de la bolsa y el drenaje de los espacios perirrenales llena la indicación de urgencia.

Para hacer con tranquilidad la nefrectomía, terapéutica que nosotros, como la mayoría de los autores aplicamos, es necesario tener la seguridad de la existencia y del valor funcional del otro riñón.

Ahora bien, en estos últimos tiempos se ha iniciado una tendencia a aplicar a los traumatismos renales los medios de investigación que se aplican sistemáticamente en las afecciones renales (cistoscopia, cateterismo ureteral, pielografía).

En general estos exámenes han sido aplicados 24, 48 horas o más después del traumatismo, es decir no en casos de extrema urgencia, sino en enfermos tranquilizados y en los cuales el tiempo ha solucionado ya problemas inquietantes. El fin perseguido, por otra parte, ha sido el de diagnosticar la extensión de las lesiones. Y hay casos muy felices, como el de Hermann, que con una pielografía retrógrada pudo diagnosticar al firme una rotura de hidronefrosis.

Sostenidos estos exámenes por unos, discutidos y atacados por otros, con ventajas, con inconvenientes, hay en esos casos tiempo para pensar lo que se va a hacer. Dentro del problema de urgencia hay dos sugestiones interesantes que pueden ser aplicadas.

Bernasconi (de Argel) hace de urgencia una citoscopía que indica que el ureter es el que sangra; en el otro, previa comprobación de la eyaculación de orina, introduce un catetero unos centímetros, y el examen de orina le permite establecer rápidamente el valor funcional de ese riñón.

Otros aconsejan la pielografía por vía intravenosa; aparte de las nociones que podría dar sobre el riñón lesionado, pone de manifiesto la existencia del otro riñón y da algún dato sobre su valor funcional.

Respecto de la incisión, creemos, para el caso particular, en la

gran ventaja de la incisión transversa de Bazy, y nos llama la atención que Gérard, en su informe al Congreso Francés de Cirugía, tan bien documentado, sólo hable de la lombotomía y de la sincisiones medianas y laterales asociadas a aquélla.

La incisión transversa a la altura del ombligo la consideramos netamente indicada en todos los casos de traumatismos laterales del vientre — flanco o región lumbar — permitiendo hacer todo lo que es necesario.

Forma parte de una táctica operatoria que consiste en sus términos esenciales, y para nuestro caso particular, en

1) Incisión transversa
2) Abertura del peritoneo. Examen de las vísceras abdominales y tratamiento de sus lesiones. Verificación de la existencia del otro riñón.
3) Exploración de los espacios subperitoneales. Tratamiento de las lesiones renales.

Accidente de pielografía. Nefrectomía de urgencia.

Por los doctores J. C. DEL CAMPO y FELIX G. HARAN

La historia del caso que presentamos corresponde a I. E., de 22 años de edad, quien había ingresado al Servicio de vías urinarias el 7 de Febrero de 1932.

Hace 2 años que sufre de cólicos nefríticos periódicos, sucediéndose cada vez más frecuentemente. Esos episodios son acompañados de temperatura y síntomas febriles.

En el momento en que somos consultados, hace 30 horas que se le practicó en el Servicio una pielografía con yoduro de sodio al 30 %; se leinyectó una gran cantidad, dás de 50 cc., sin llegar a la distensión de la bolsa y sin que el enfermo acusara dolor. Se constató una enorme hidronefrosis izquierda. Pielograma derecho normal.

Pocas horas después apahecen vómitos y dolores; a las 24 horas es visto por el personal del Servicio, sin que se constate nada anormal.

En la tarde el cuadro se completa; aumentan los dolores, vómito biliosos, paresia intestinal, chuchos de frío, sudores abundantes. El enfermo ha orinado 800 gramos en lugar de 1000, 1400 c. c. que era lo que orinaba diariamente. El cirujano de guardia que lo ve ordena una inyección de morfina, que no modifica el cuadro.

Examinamos al enfermo a las 10 de la noche, 36 horas después de la pielografía.