

que determinan lesiones extensas del epiplón con prescindencia de toda lesión gástrica. En consecuencia la supresión de la continuidad de la vena gastro epiploica debe ser evitada; y debe ser considerada de más importancia por sus repercusiones epiploicas que gástricas.

Sutura uretral circular

Por el doctor AMERICO FOSSATI

Las secciones del uréter en cirugía general son excepcionales, no sólo en actos operatorios, sino en heridas y traumatismos; su situación profunda y defendida lo protege contra esa eventualidad, en cambio en cirugía ginecológica, de exprofeso o accidentalmente lo es con relativa frecuencia y esto se explica perfectamente por sus relaciones íntimas con el aparato genital de la mujer.

Personalmente no he intervenido más que en dos casos: uno de ellos en compañía y colaboración con el Dr. B. Cuenca y Lamas interesantísimo y lleno de sugerencias. Antes de entrar en consideraciones paso a describirlos.

OBSERVACION 1.a — Félix M., 25 años, soltero, uruguayo, reside en la Argentina donde es empleado público. Trastornos abdominales dolorosos, considerados como colitis rebeldes y cada vez más frecuentes e intensos, familia de apendicitis todas graves y algunos supurados, pero todos han sido operados y curados. Visto por el Dr. B. Cuenca y Lamas en una de esas crisis diagnóstica apendicitis crónica agudizada. Ingresa al Sanatorio Español donde es operado en agosto de 1915. Anestesia general con éter, incisión de Mac-Burney: apéndice pelviano grueso como un dedo, fibroso y adherido completamente al peritoneo de la fosa ilíaca y pequeña pelvis, cruza la línea innominada y su punta se pierde en un magma pelviano, se libera laboriosamente en parte sub-peritoneal y se extirpa. (No se hizo biopsia, lo que hubiera sido interesante por lo que se verá después). Drenaje con mecha y cierre parcial. Sigue bien pero al octavo día pierde orina por la herida y en cantidad abundante. Se supone que una pinza o ligadura ha sido puesta sobre el uréter y ha producido una escara cuya caída da lugar a la fistula; llama la atención no haber ningún signo de retención renal en esos días. Se efectúa un cateterismo del uréter derecho, el cateter se detiene a unos 9 cms. del meato, no sale nada de orina y no conseguimos de ningún modo que penetre en el cabo superior, se deja en permanencia y se decide intervenir, dejando la sonda en permanencia para servir de guía en el acto operatorio.

Setiembre de 1915. — (Anestesia general con éter, incisión oblicua ilio inguinal derecha, se llega al sub-peritoneo, se decola el peritoneo hasta alcanzar la pared lateral de la pelvis, se encuentra la punta de la sonda ureteral libre en tejido celular pelviano, emerge en medio de un magma inflamatorio, donde no se podían individualizar elementos anatómicos. Se consigue liberar apenas un cm. del cabo in-

ferior, no insistiendo más por temor a una ruptura; el cabo superior cuesta encontrarle, se libera en una extensión de dos cms., se pasa la sonda ureteral del cabo inferior al superior y se introduce hasta la pelvis, con dos ansas de catgut se aproximan y fijan los dos cabos ureterales; la fijación en el cabo inferior era muy precaria dado el magma en que estaba incluido, un cigarrate en el foco y cierre lo más completo posible de la herida operatoria.

Sigue muy bien, su sonda ureteral funciona perfectamente, orinas claras, no tiene fiebre ni dolores, sus heridas abdominales cicatrizan sin incidentes. A los ocho días se saca su sonda ureteral, no pierde orina, es dado de alta, engorda y vuelve a Buenos Aires a hacerse cargo de su empleo, sus síntomas colíticos han desaparecido del todo, confirmandose su origen apendicular.

En noviembre de 1915 tiene fiebre, chuchos y dolores intensos en la fosa lumbar derecha. Vuelve a Montevideo, se supone que sus síntomas se deben a la retención séptica en la pelvis, fenómeno frecuente y para algunos constante, consecuencia de la sutura ureteral, primer aviso de la destrucción futura y probable de ese riñón. Se le cateteriza, la sonda después de una breve detención en el sitio de la sutura pasa perfectamente dando salida a unos 30 gramos de orina purulenta, se deja la sonda en permanencia durante tres días. Mejora del todo; su estado infeccioso y doloroso desaparece se le da el alta y vuelve a sus ocupaciones.

Sigue perfectamente con gran mejora de su estado general, cuando a fines de 1916, sus familiares reciben cartas donde se les comunica que estaba enfermo y que los médicos de Buenos Aires opinaban que había que operarle el riñón izquierdo. Consultados creemos que probablemente era un error de redacción y aconsejamos vuelva a Montevideo, lo que era por otra parte su deseo e intención, pensando en que el riñón era ya insuficiente de modo que se impondría la nefrectomía derecha, final acostumbrado de esos procesos.

Viene y examinado se constata un **riñón izquierdo** enorme y poco doloroso, del lado derecho nada; orinas claras y normales. Una cistoscopia nos muestra su vejiga sana, una buena **eyacuación** del orificio ureteral derecho y una falta absoluta de eliminación del lado izquierdo, la sonda ureteral mostraba la completa permeabilidad del lado derecho y en el lado izquierdo se detenía a unos pocos cms. del meato y no daba absolutamente una gota de orina. Examen de orina normal. Urea 20 gms. Cloruros 6, 0,10 cgrms. de albúmina y en el microscópico algunas células de pus y cristales de oxalato de cal. Urea en la sangre: 0, grm. 28. El indigo carmín por vía intramuscular se eliminaba a los 12 minutos. Resto del organismo, corazón, pulmones, etcétera, completamente normales. Previa la preparación habitual se opera.

24 de enero de 1917. — Anestesia general con éter. Dres. B. Cuenca y A. Fossati. Nefrectomía izquierda ideal. Riñón enorme lleno de cavernas y caseum, completamente excluido, el ureter del espesor de un grueso dedo completamente obliterado. Post-operatorio ideal. Alta a los quince días.

Desde entonces hasta ahora ha seguido perfectamente, orinas abundantes con buena eliminación controlada amenudo, sigue un régimen poco tóxico sobre todo hidrato carbonado, haciendo una vida metódica y disciplinada. Su último análisis en el 10 de enero de 1933 nos da: densidad 1024, Urea 13,45. Cloruros .19. Albúmina 0,30 y en el microscópico: abundantes uratos amorfos, algunos leucocitos y células planas (Dr. E. Hormaeche). Vemos pues que lo podemos considerar definitiva y totalmente curado.

OBSERVACION 2.a — Rosa S. de M., 38 años, casada, uruguaya, San Ramón. Tumor quístico enorme ocupando el hipogastrio, fosa iliaca izquierda y parte de la región lumbar y flanco izquierdos, por el tacto vaginal se ve que el quiste llega al fondo de saco posterior e izquierdo con fluctuación franca dando la sensación de estar

inmediatamente bajo la mucosa vaginal, no móvil, generalmente indoloro hasta pocos días antes que presenta dolores fuertes y tiene fiebre: 38.5 vesperal.

Sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia y con un excelente estado general, no ha tenido hijos ni abortos. Corazón y pulmones normales. Orinas lo mismo, 19,600 leucocitos con 78 % de polinucleados y 22 % de linfocitos. 6.28 gr. de urea en la sangre. Preparación habitual.

1.º de julio de 1925. (1976). — Fossati ayuda C. Piaggio. Anestesia general con éter. Laparatomía mediana baja infra-ombilical, enorme quiste incluido en el ligamento ancho izquierdo, líquido fuertemente hemorrágico (dolor y fiebre de los últimos días), disección de la pared quística laboriosísima, fuertes adherencias al meso iliaco y útero. Consigo extirpar toda la membrana menos un pedazo de su fondo en el piso pelviano, en estas maniobras sección del ureter izquierdo, sección completa neta y en bisel, descubro los dos cabos y suture sobre sonda ureteral con 4 puntos en U de catgut, peritonizo lo más posible. Mickulicz en toda la zona decolada y mecha en el fondo pelviano. Sutura de la pared en tres planos y lo más completa posible, se fija su sonda ureteral y se coloca una vesical en permanencia.

Post-operatorio: normal, sin shock, sus sondas funcionan bien, a las 48 horas se empieza a extraer su Mickulicz que se retira del todo al 5.º día, al tercer día se suprime la sonda vesical y la ureteral al duodécimo, sale un poco de orina por su herida abdominal, pero cesa rápidamente. Cicatriza del todo su herida, alta previo un nuevo cateterismo, que se hace fácil y muestra la permeabilidad del ureter. Se recomienda volver periódicamente para vigilar el funcionamiento de su riñón izquierdo, lo hace primero cada dos meses, luego cada seis. En 1931 su pelvis está ocupada por otro tumor quístico semejante al primero, pero más chico y del lado derecho. Como hubiera ingresado a la Asociación Fraternidad es atendida por el Dr. Folañori que se contenta con una punción por el fondo de saco vaginal obteniendo un excelente resultado. Desde entonces no le he practicado más cateterismos, hasta ese momento, su riñón izquierdo funcionaba perfectamente, no reteniendo nada, no teniendo dolores ni fiebre y su ureter era perfectamente permeable. El análisis histológico de la pared quística, fué: de "quiste del para-ovario", Dr. Caffera. El último análisis de sus orinas separadas fué efectuado en noviembre de 1930 y dió el siguiente resultado: **Riñón derecho**, sonda vesical: urea, 15,50; cloruros, 4,50; indicios de albúmina y en el microscópico células planas, algunos leucocitos y pocos glóbulos rojos. **Riñón izquierdo**, sonda ureteral: urea 13,80. Cloruros 3,60; 30 centigramos de albúmina y el microscópico igual al derecho con mayor abundancia de glóbulos rojos. Vemos pues que a pesar de una ligera disminución del funcionamiento del riñón izquierdo, éste es bastante satisfactorio y de indiscutible utilidad al organismo, la mayor cantidad de glóbulos rojos y por consiguiente de albúmina no debe llamarnos la atención por corresponder al riñón cateterizado.

CONSIDERACIONES. — Antes de entrar al asunto principal debemos hacer algún comentario sobre la complicación operatoria del caso: 1.º lesión ureteral después de una apendicectomía, complicación rarísima y que no hemos encontrado en toda nuestra búsqueda bibliográfica. Las relaciones del apéndice y aparato urinario son bien conocidas y clásicas, anatómicamente en posición habitual corresponde al ureter iliaco, en posición retro-cecal ascendente puede llegar a la cara anterior del riñón; pero cuando es pelviano y dirigido a la línea media, estas conexiones son íntimas, apenas separadas por el peritoneo pa-

rietal posterior, de modo que no es extraño que síntomas provocados por lesiones del aparato urinario hayan sido interpretadas como apendiculares y viceversa, no es raro que enfermos que atendemos por cólicos nefríticos o por crisis de hidro-nefrosis por riñón móvil, hayan sido apendicetomizados en crisis análogas anteriores y más de un caso tengo en mis observaciones absolutamente concluyente en ese sentido; además no son signos determinantes ni la hiperleucocitosis síntoma de gran valor en las apendicitis, pues existe a menudo en los cólicos nefríticos, ni el análisis de la orina, pues en las apendicitis no son excepcionales los casos publicados de hematurias y ni aún la radiografía, pues a menudo los cólicos motivo de duda son provocados por cálculos muy chicos que a veces la radio no muestra o son transparentes por ser de ácido úrico, casualmente los más frecuentes como primera manifestación de la litiasis, de modo que creemos que en esos casos sólo un análisis minucioso de todos los síntomas y pequeños detalles de examen será lo que nos dará la clave para llegar al diagnóstico justo.

Y bien a pesar de estas conexiones, las lesiones producidas en el aparato urinario en las intervenciones sobre el apéndice son excepcionales, la presencia del peritoneo parietal parece ser una barrera suficiente para separar los dos órganos. En nuestro caso se explicaría por la posición pelviana del apéndice, por el meso corto y fuerte que lo fijaba a la línea innominada y a la pelvis y por la inflamación que llegaba al tejido celular sub-peritoneal como se comprobó durante el acto operatorio: magma inflamatorio en toda la zona ureteral. En cuanto al mecanismo: la aparición tardía inclina a pensar en la caída de una escara producida por una ligadura o pinzamiento del ureter durante las maniobras de liberación del meso apendicular.

Del resultado de nuestra investigación bibliográfica, se llega a la conclusión que la sutura de uréter no ha dado clínicamente sino resultados inconstantes y la mayor parte mediocres. En casi todos los casos la función del riñón cuyo ureter ha sido seccionado y luego suturado, está comprometida irremediablemente, sea de una manera precoz por la infección, sea por atrofia progresiva, atrofia a veces lenta que se puede manifestar varios años después del accidente. Tan arraigado está este concepto que, para muchos urólogos de primera fila, en presencia de un accidente operatorio de sección del ureter, cuando consideran el otro riñón normal y suficiente es preferible una ligadura que una sutura del ureter y en algunos casos se ha ido a la nefrectomía de inmediato. A continuación voy a transcribir algunas opiniones sobre este tema de maestros de la urología. Legueu a propósito de una observación de Nora relatada por Marión, "me permito de subrayar la importancia de esta observación, que era uno de los últimos argumentos de la tesis según

la cual la sutura del ureter daba buenos resultados, se la citaba siempre desde hace 10 años, así pues una vez más se verifica esta noción: que la sutura del ureter no da una seguridad al cirujano que viene de seccionarlo y repararlo inmediatamente. A PLAZO MAS O MENOS LARGO EL RIÑON ESTA PERDIDO." 28 de enero de 1930. Sociedad Francesa de Urología.

"El tratamiento de las heridas del ureter es diferente según que la lesión sea reconocida en el curso de la operación o al contrario sea descubierta en el período de la post-operación. En el primer caso cuando el ureter ha sido seccionado en el curso de la intervención Curtis se declara francamente partidario de la ligadura pura y simple sin pensar en trasplantes o anastomosis y en el 2.º caso (lesión ureteral reconocida en el post-operatorio, aconseja una anastomosis, una ligadura simple o una nefrectomía. Curtis, Surgery Gynecology and Obstetrical. Mayo de 1929.

Cuando se ha publicado algún caso de sutura ureteral con éxito, por ejemplo el de Chevassu, sobre uno operado por Lenormant en 1922, de fibroma del útero con sección y sutura del uréter pelviano y en que se comprobó, varios años después, el buen funcionamiento del riñón correspondiente, merece los siguientes comentarios de Michon: "es tan sorprendente que se puede preguntar si no existía un uréter doble con doble meato"; de M. Legueu: "por una vez la sutura ureteral ha dado un buen resultado, extraordinario sin duda y paradójal", y añade: "pero se sabe que en todas las operaciones reconocidas malas puede suceder que, de tiempo en tiempo, accidentalmente den un buen resultado, y por esa razón es que se las practica aún, pero es tan excepcional en materia de sutura ureteral que por mi parte hago muy raramente suturas del uréter, tengo siempre la impresión, cuando la hago, de exponer al enfermo a operaciones iterativas"; y en otra ocasión y a propósito de las urétero-cisto-neostomías, dice: "todas las operaciones de este género dan un resultado desfavorable y es lo mismo de las piel-anastomosis, que son completamente inútiles". El profesor Marion ha hecho las mismas manifestaciones repetidas veces.

Contra estas opiniones tan terminantes y pesimistas se han levantado otras y en particular Bazy y su escuela, que son menos concluyentes con respecto al resultado definitivo de las suturas del uréter y sobre todo de las neobocas, publicando casos relativamente numerosos de éxitos favorables.

Es de preguntarse por qué el resultado obtenido por estas operaciones es tan precario y deficiente, cuando las suturas en todas las otras vías de eliminación son satisfactorios. Se supone que en las neocisto-ureterostomías la insuficiencia del esfínter vesical del uréter lleva

fatalmente al reflujo, al uréter forzado y, por consiguiente, a la dilatación y atrofia renal, agravada y apresurada a menudo por la infección ascendente. En cuanto a la sutura circular del uréter, el origen del fracaso se debe a que se produce una estrechez en el sitio de la sutura, que trae como consecuencia un obstáculo a la eliminación de la orina y, por consiguiente, o una inhibición del funcionamiento renal y una atrofia del parénquima o una dilatación que lleva al mismo final, aunque de una manera lenta y progresiva, la infección aquí también modifica el cuadro clínico, apresura la evolución de las lesiones, agrava el pronóstico y exige intervenciones iterativas más graves y precoces.

Alskne, después de una serie de experiencias en perros, ha llegado a la siguiente conclusión: "todo uréter seccionado está paralizado de un modo definitivo, la continuidad del tejido muscular estando interrumpida por la sección o por la cicatriz, las ondulaciones peristálticas no pasan de un cabo a otro y esta inercia del uréter conduce fatalmente a la distensión del cabo superior y del bacinete, y a la atrofia del riñón". M. Yselin ha efectuado una serie de experiencias bien minuciosas y controladas en los laboratorios del John Hopkins, de Estados Unidos, y si bien sus resultados permiten estar de acuerdo con los de Alskne (con un detalle interesante que si bien en el cabo superior no hay contracciones peristálticas, éstas están conservadas y normales en el cabo inferior), esta parálisis no es definitiva y en muchos casos a una fecha determinada, si la sutura está bien y si no hay estenosis, la restitución funcional es completa; si hay una estenosis cicatricial el cabo superior sigue inerte y dilatado y las conclusiones de Alskne son exactas y definitivas. Para M. Yselin el asunto está liquidado, la parálisis consecutiva a la sección, parálisis solo del cabo central, desaparece al cabo de un tiempo y la movilidad del uréter retorna. Esta parálisis temporaria no tiene influencia sobre el riñón.

También, como consecuencia de sus experiencias, Yselin opina que para tener éxito es preciso llenar ciertas exigencias de técnica que resumo: estricta asepsia del foco operatorio, empleo de la derivación temporaria por pielotomía y destrucción de la mucosa ureteral en la zona de sutura para asegurar un afrontamiento externo exacto. Todo esto es puramente experimental, pero estas conclusiones debemos tenerlas en cuenta para su oportuna aplicación al hombre.

Nuestros casos han tenido un resultado excelente y excepcional dentro del criterio corriente, resisten todas las objeciones aún la del tiempo; en efecto, se exige que para llegar a conclusiones francas y definitivas, es necesario un tiempo prudencial y así vemos que en la sesión del 28 de Abril de 1930 en la Sociedad Francesa de Urología en

un relato de Marion sobre un caso de Nora, se muestra una enferma que citada varias veces en la Sociedad de Cirugía de París, como un caso de curación de una sección del uréter derecho, reparado inmediatamente en una intervención sobre el útero en Setiembre de 1921. presentó síntomas que exigieron una nefrectomía por un riñón hidronefrótico a parénquima flácido en Agosto de 1928, 7 años después, pero no hay que olvidar que esa enferma tenía un cálculo enclavado en el uréter pelviano. Para Lenormant el plazo suficiente para asegurar la cura es por lo menos de un año. Nuestros enfermos llenan perfectamente esa exigencia, el de la observación 1.a 19 años y la 2a. fué controlada hasta 1930, cinco años después de su sutura.

También se dice que los pocos resultados satisfactorios que se obtienen se deben al frecuente cateterismo del uréter suturado, lo que asegura su permeabilidad y si bien esto puede ser cierto en nuestro segundo caso, cateterizado periódicamente, no lo es en el primero, que lo fué una sola vez, a los tres meses de la sutura, para remediar a una crisis aguda de retención pélvica, con orinas ligeramente purulentas, y eso le bastó para toda la vida.

Otra causa de éxito se debe a la estricta asepsia del foco operatorio y hemos visto que si esto existía en la observación 2a. no era así en la 1a., que la sutura se efectuó en medio de un magma inflamatorio y en el que el enfermo presentó signos de infección piélica que fueron tratados y subsanados.

La técnica operatoria de tan gran valor para los experimentadores, fué la más sencilla: sutura cabo a cabo por asas en U de catgut y sobre una sonda ureteral dejando ésta en permanencia durante varios días.

En cuanto al funcionamiento del riñón correspondiente fué comprobado ser excelente tanto en el segundo caso, por separación de orinas, como en el primero, por análisis global de las mismas y sobre todo por el excelente estado general durante tantos años, no debiendo olvidar que vivía perfectamente con un riñón solo, precisamente el riñón cuyo uréter había sido seccionado y reparado ulteriormente.

No hemos encontrado en la literatura ningún caso semejante al de la observación 1a. y creemos que de su estudio y del de su compañero podemos llegar a conclusiones menos pesimistas que las registradas habitualmente en casos similares, siendo muy pocos y por suerte, los casos que hemos tenido oportunidad de tratar y siendo más frecuentes en ginecología, es a los ginecólogos a quienes tenemos que pedir opiniones más fundamentadas para poder llegar a conclusiones definitivas; uno de sus más conspicuos representantes el Dr. C. Stajano, lo hará en esta misma sesión con el tema Cisto-neo-ureterostomías.

operación que lleva la misma finalidad que ésta y que son generalmente comentadas juntas.

En definitiva, creo que podemos deducir que, en presencia de una lesión ureteral con sección y sutura, nuestro pronóstico aunque reservado no debe ser tan pesimista como lo es habitualmente y que debemos tratar siempre de restablecer la continuidad del uréter con bastantes probabilidades de éxito, dejando para un segundo tiempo las medidas radicales, si aquello fracasara. En cuanto a que si debemos hacer una sutura del uréter o una neo-implantación, no poseo experiencia personal para poder opinar con autoridad, mis casos son, sin embargo, favorables a la sutura.

Hipertrofia muscular del cuello vesical

Por el doctor AMERICO FOSSATI

Con el nombre de disectasia del cuello vesical (difícil extensión) el profesor Legueu ha querido reunir en un mismo grupo todos aquellos casos de disuria debidos a que el cuello vesical no se abre normalmente. Cree que esto puede producirse, ya por una lesión anatómica, ya por un trastorno exclusivamente nervioso (por lo menos al principio) y lo más a menudo por una y otra causa, ya sea a la vez, ya sucesivamente.

Considerado así el número de lesiones y enfermedades que pueden producir el síndrome es enorme. Desde luego, están los tumores, adenomas prostáticos, cánceres, etc., en los que el grado de dificultad y retención no dependen del tamaño, sino de su localización íntima en el cuello y así se ve que tumores pequeños producen retenciones más acentuadas que otros más voluminosos, debido a su ubicación y lo mismo en los casos de simple hiperplasia de las glándulas submucosas del cuello, hiperplasia considerada ya de origen congénito, ya como un estado pre-adenomatoso (Legueu). Otro grupo numeroso es el de las alteraciones inflamatorias del cuello observadas entre los estrechados de la uretra anterior y en lo que un grupo de urólogos no ve más que una coincidencia (Minet) y otro lo consideran ligados y correlativos (Papin). Luego las atresias del cuello con esclerosis, ya de origen congénito, ya adquirido. Otro gran grupo está formado por las disectasias de causa nerviosa, ya de origen local: post-dilatación uretral, cistoscopia, litotricia, etc.; ya por lesiones de vecindad: post-