

50 R F-C/SER

Dr. MANUEL SERÉS

Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona
ex Profesor de Urología de la Facultad de Medicina de Sevilla



LA PIELOTOMÍA

OPERACIÓN IDEAL PARA EXTRAER
LOS CÁLCULOS DEL RIÑÓN



DR. MANUEL SERÉS

Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Ex Profesor de Urología de la Facultad
de Medicina de Sevilla.



LA PIELOTOMÍA

OPERACIÓN IDEAL
PARA EXTRAER LOS CÁLCULOS
DEL RIÑÓN



BARCELONA : 1923

Dr. Noratino Barrio y Oliver



BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



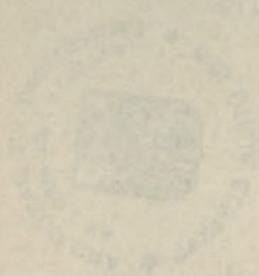
0701055332

Dr. Manuel Serés

DR. MARCEL SARRAS
Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona
En la clase de Anatomía de la Facultad
de Medicina de Barcelona

LA PIELOTOMIA

SEGUNDA EDICIÓN
CON VARIAS FOTOGRAFÍAS
DEL AUTOR



BARCELONA, 1914

Dr. Marcel Sarras



LA NEOTIPIA, RAMBLA CATALUÑA, 118, BARCELONA.

Dr. Vicens Vives

LA PIELOTOMÍA

OPERACIÓN IDEAL PARA EXTRAER LOS
CÁLCULOS DEL RIÑÓN

EN Enero de 1920 publicaba, en *Los Progresos de la Clínica*, un artículo correspondiente a la serie que «Sobre calculosis renal», venía escribiendo, que encabezaba con los siguientes párrafos :

«Incindir la pelvis renal y extraer un cálculo alojado en su interior, resulta una operación tan anatómica, tan ideal, inocente y sencilla, y de tan poca gravedad, que desde el momento en que el cirujano tropieza con un caso en que está plenamente indicada, mucho más después de haber extraído algunos cálculos renales por nefrotomía, se convierte rápidamente en adepto y propagandista de dicha operación, extrañando que tanto tiempo haya tardado en imponerse a los técnicos una operación tan conservadora para la extracción de cálculos del riñón.

»Sin embargo, así ha ocurrido en todos los países, en donde los primeros defensores se han encontrado con fuerte oposición general, y así ocurre en España, en donde no conozco más que un caso de pielotomía publicado por el Dr. Cifuentes.»

Fundamentaba entonces mis afirmaciones, aparte de mis investigaciones cadavéricas, en la experiencia proporcionada por cuatro casos operados. Otros diez enfermos operados, por pielotomía, con posterioridad a la

publicación de dicho artículo, sumando en conjunto, pues, *catorce las pielotomías, por mí practicadas*, me han convencido de la exactitud de dichas afirmaciones, y ellas son las que sirven de base para este artículo, que tiene, principalmente, a *propagar la pielotomía en nuestro país, restando indicaciones a la nefrotomía.*

* * *

Desde el punto de vista de la *gravedad*, contrasta evidentemente la *benignidad* de la *pielotomía*, con la *gravedad* que para la *glándula renal* y en algunas ocasiones para la vida del individuo, tiene la *nefrotomía*: las *hemorragias primitivas*, que en el momento operatorio se presentan en la nefrotomía, al incidir la glándula renal muy vascularizada, y las *hemorragias secundarias*, representan un gran inconveniente para la nefrotomía; ellas obligan, en algunos casos, por la sección de algún vaso importante o por la hemorragia secundaria, a practicar la nefrectomía con un fin hemostático. Por estas razones, debe rechazarse la nefrotomía, siempre que sea posible la pielotomía.

En cambio, ¿qué peligro de hemorragia y qué trastornos sobre la glándula renal puede representar la pielotomía?

En el *curso post-operatorio*, se observa que la orina, apenas teñida de sangre, durante el primer día, recupera su color normal al día siguiente, sin que aparezcan hemorragias secundarias. Este se realiza con tanta sencillez para la glándula renal, que contrasta asimismo, la tranquilidad de ánimo que se tiene ante un operado de pielotomía, con la zozobra que siempre hay que tener después de una nefrotomía.

La *integridad con que deja a la glándula renal*, la pielotomía, es un hecho importante

que debemos aprovechar en todos los casos, a fin de que la cirugía renal sea lo más conservadora posible, si se quiere que vaya seguida de éxito.

Desde el punto de vista de las *dificultades técnicas*, resulta para mí más sencillo abordar un calculito alojado en la pelvis o cáliz inferior, incindiendo la pelvis renal y buscándole por este sitio, que no atravesando

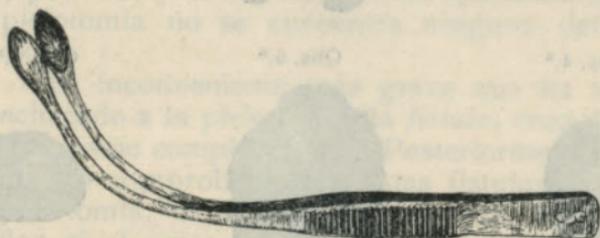


Fig. 1. — Nuestra pinza-cuchara curva, para extraer cálculos por pielotomía (reducida de tamaño)

todo el parénquima renal desde el borde convexo; con la hemorragia que acompaña siempre a esta sección, se pierden, en algunas ocasiones, calculitos de pequeño tamaño. Es verdad, que operando sobre la pelvis renal, hay que tener cuidado de no lesionar el pedículo vascular, para lo cual empleamos una maniobra que más adelante indicaremos; pero, si no se trata de cálculos de algún tamaño, en cuyo caso se practica la incisión renal encima mismo del cálculo, creo más difícil y complicado, y por lo tanto más peligroso, encontrar un cáliz o la cavidad pélvica incindiendo el parénquima renal, que practicando la pielotomía, con el fin de buscar un calculito

Además, la sección de los cálices que hay que practicar, en la *nefrotomía*, ocasiona *desórdenes en las vías de excreción intrarrenal*,

conforme han demostrado Delbet y Mocquot. En cambio, en la pielotomía, el desorden es

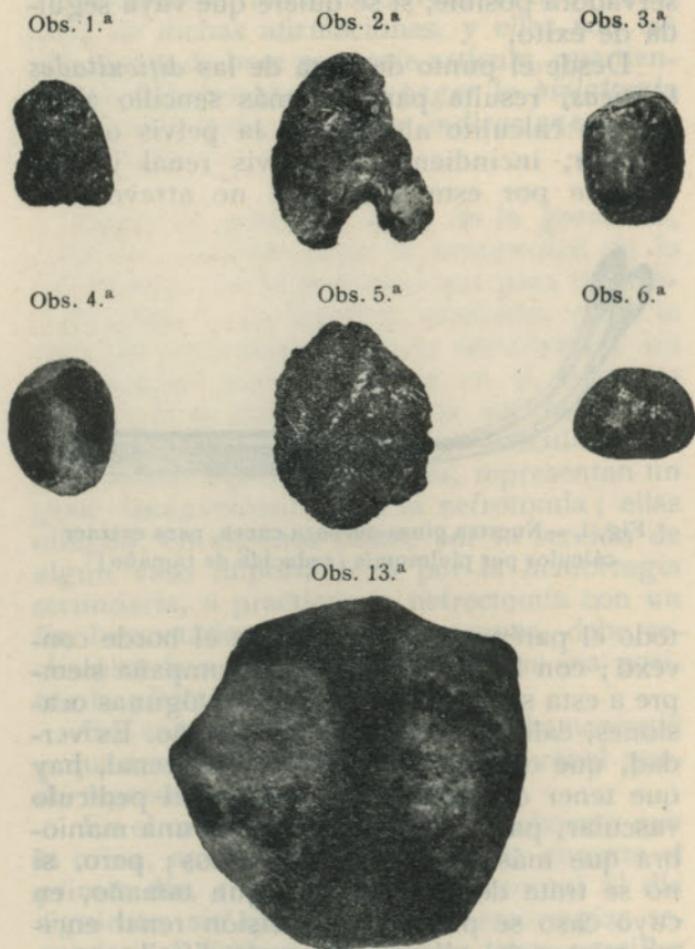


Fig. 2 — Cálculos extraídos por pielotomía.

nulo, si se practica una incisión correcta de la pelvis renal.

La *mayor benignidad de la pielotomía*, sobre la nefrotomía, resalta con los hechos indicados anteriormente.

Pero los *resultados operatorios*, aun descontando la mayor gravedad que representa para la nefrotomía, por el hecho de aplicarse a los cálculos más voluminosos, más graves e infectados, resulta patente estudiando los *resultados operatorios*: Israel, en 25 pielotomías no ha tenido ninguna defunción; en 193 pielotomías de diferentes urólogos, reunidas por Rafin, aparece una mortalidad de 4 por 100, y entre mis catorce operaciones de pielotomía no se encuentra ninguna defunción.

El inconveniente más grave que ha sido achacado a la pielotomía, la *fístula*, creo debe rechazarse completamente. Posteriormente, ha podido comprobarse que estas fístulas, en la pielotomía, como en la nefrotomía, no quedan si el curso de la orina por el uréter no se encuentra dificultado; de aquí que al practicar la pielotomía deba explorarse con una bujía el uréter, a fin de ver si se encuentra algún calculito, rechazándolo hacia la vejiga si es posible o atrayéndolo hacia la pelvis, procediendo en consecuencia, caso de no dar resultado estas maniobras.

En otra ocasión he indicado que, *el inconveniente principal* de la pielotomía, es no poder emplearla en todos los casos de cálculos del riñón.

I

INDICACIONES DE LA PIELOTOMÍA

Se encuentra a veces el enfermo en condiciones tan especiales, que resulta casi imprescindible actuar por pielotomía, por ejemplo, en el riñón en herradura, a causa de las dificultades que en este caso representa actuar por nefrotomía, y en la calculosis bilateral, con el fin de conservar la mayor cantidad po-

sible de tejido renal; ya sabemos lo conservadora que es la pielotomía. En esto han insistido algunos urólogos.

Nosotros añadiremos todavía algunas indicaciones a las anteriores, en las que la pielotomía se convierte en *operación de necesidad*, deducidas de nuestras observaciones: por ejemplo, en los enfermos con ausencia congénita unilateral del riñón, en los casos de calculosis en que el riñón opuesto se ha extirpado, o en aquellos en que el riñón opuesto está afecto de un proceso que representa su anulación completa, hidronefrosis, destrucción por tuberculosis o quiste hidatídico. Así procedimos en la observación siguiente (1):

OBSERVACIÓN 10.^a DE PIELOTOMÍAS.—*Cálculos múltiples de la pelvis renal, coexistiendo con una gran hidronefrosis del otro lado.*

Juan M., natural de Constantina (Sevilla), de cuarenta y dos años.

En este enfermo, con síntomas clásicos de la enfermedad, descubrimos por radiografía, varios cálculos en el riñón izquierdo, uno de ellos de mayor tamaño. Por la exploración, encuentro una enorme hidronefrosis en el lado derecho que anula completamente el riñón; efectivamente el examen funcional indica que el único riñón que funciona es el izquierdo, el calculoso que, por otra parte, estaba ligeramente infectado. El enfermo, estaba, pues, funcionalmente

(1) Las historias clínicas de nuestras catorce operaciones de pielotomía, se encuentran, varias de ellas, publicadas en nuestros múltiples trabajos dedicados a la calculosis urinaria, y sólo las más recientes no han sido publicadas.

Creemos que incurriríamos en repeticiones molestas, alargando extraordinariamente este artículo, si cual un sencillo trabajo de recopilación de historias clínicas, fuéramos describiendo la historia de un enfermo tras la del otro, repitiendo en cada uno de ellos la técnica seguida en el anterior, o bien copiando aquí las historias que ya tenemos publicadas.

Por lo mismo, solamente transcribiremos aquí las historias de pielotomías que ofrecen algunas variantes en la técnica seguida o que nos puedan servir para fundamentar *nuestra manera de pensar*, respecto a los límites e indicaciones de la pielotomía.

con un sólo riñón, y éste era calculoso. Someter a este riñón a una operación de nefrotomía laboriosa, para extraer todos los cálculos, hubiera representado la anulación de dicho riñón, con funestas consecuencias seguramente. Por lo mismo, decidimos la extracción de los cálculos por pielotomía.

La operación tuvo lugar en la Clínica de Urología de la Facultad de Medicina de Sevilla.

En el acto operatorio, encontramos que la pelvis, de gran tamaño, formaba una bolsa, en donde estaban contenidos casi todos los cálculos, que, por la zona extensa que formaban en la radiografía, creíamos que algunos estarían comprendidos en el interior del riñón. La extracción se hizo con bastante facilidad y los cálculos, muy numerosos y de distintos tamaños, fueron extraídos por pielotomía. El gran tamaño de la pelvis, permitió explorar con el dedo todo el interior del aparato canalicular del riñón, extrayendo de allí algunos calculitos. Antes de terminar la operación, comparamos los cálculos reunidos, en la forma que aparecen en la figura 3 (Observación 10.^a), con la radiografía que teníamos en el acto operatorio.

Entre los mismos partidarios de la pielotomía, el acorde dista mucho de ser completo, respecto a los límites a que debe quedar reducida la pielotomía, especialmente en lo que hace referencia al tamaño y forma del cálculo.

Bazy, por ejemplo, la emplea hasta en cálculos muy ramificados, arboriformes, aunque para extraerlos tengan que fragmentarse. Realmente, los cálculos ramificados son imposibles de extraer enteros por la pelvis, y la fragmentación para extraerlos, es una mala técnica, pues expone a que se deje olvidado algún fragmento que reproduzca la calculosis; casi todos los urólogos rechazan la pielotomía en los cálculos ramificados.

Rafin, de Lyon, es más prudente respecto a las indicaciones de la pielotomía, y sustenta una opinión que en general comparten la mayoría de los urólogos. Según Rafin, el

riñón, pelvis renal y cálculo, deben reunir las condiciones siguientes:

- 1.^a Exteriorización fácil del riñón.
- 2.^a Pelvis renal más o menos completa-

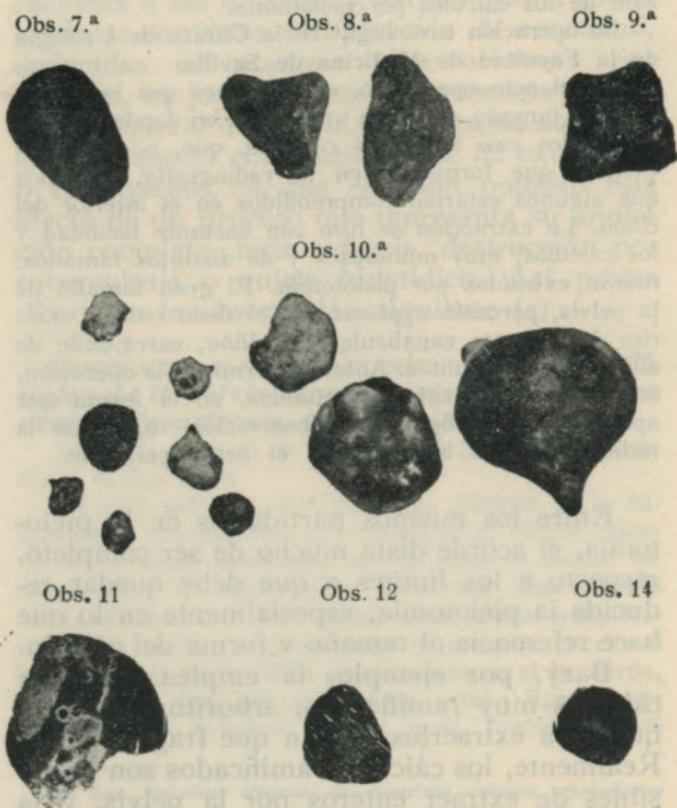


Fig. 3. — Cálculos extraídos por pielotomía.

mente exteriorizada, con relación al riñón, fácil de reconocer por la palpación, y cuya cara posterior, sobre la que se ha de practicar la incisión de la pielotomía, se puede denudar completamente.

- 3.^a Cálculos situados en la pelvis renal, de dimensiones moderadas, que exijan sólo

para su extracción una incisión mediana, no ramificados, únicos o poco numerosos, no infectados o poco infectados: tales son las condiciones por parte del cálculo.

II

NUESTRO CRITERIO SOBRE LAS INDICACIONES DE LA PIELOTOMÍA. EXTENSIÓN QUE NOSOTROS HACEMOS DE LAS INDICACIONES DE LA PIELOTOMÍA

Mis investigaciones anatómicas y radiográficas, y nuestra experiencia operatoria, nos han demostrado que el campo de acción de la pielotomía, puede ser más extenso que el que le limitan la mayoría de los urólogos, y sus indicaciones no quedan reducidas a los estrechos límites que le asigna Rafin, resumidas en los tres párrafos anteriores.

En primer lugar, los estudios radiográficos y las observaciones anatomopatológicas, han demostrado que, los cálculos ramificados han empezado siéndolo de la pelvis renal y que desde allí van enviando ramificaciones hacia los cálices, con más frecuencia hacia el cáliz inferior, y que cuando las ramificaciones son cortas, el núcleo principal se encuentra en la pelvis. Cuando los cálculos son pequeños y aislados, se depositan más fácilmente, por ser los sitios más declives, en la pelvis renal y cáliz inferior; la pelvis es además, en la embocadura con el uréter, el sitio donde se detienen las pequeñas concreciones calcáreas que se desprenden de los cálices intrarrenales. En la pelvis y cáliz inferior, es en donde encontramos, pues, la mayor parte de cálculos renales aislados.

¿No parece lo más natural que el cálculo vaya a buscarse donde se encuentra, por el camino más corto, es decir, por pielotomía?

Cuando el cálculo se encuentra en el cá-

liz inferior, permiten las disposiciones anatómicas extraerlo fácilmente por medio de la incisión de la pelvis, a veces con una pequeña incisión. En nuestro trabajo sobre la «Anatomía quirúrgica de la pelvis renal y

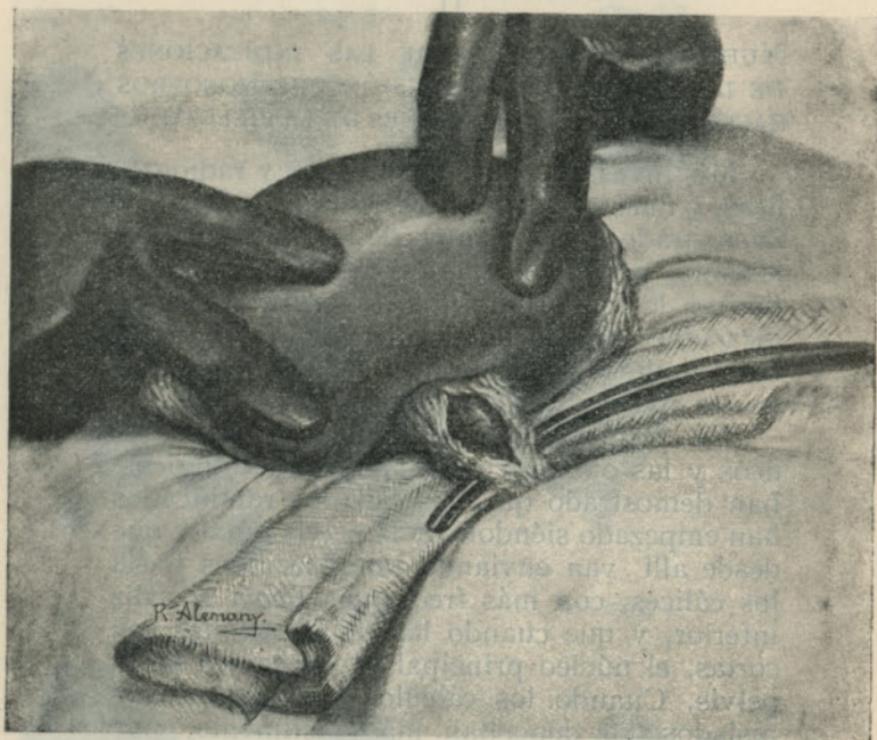


Fig. 4. — Técnica de la pielotomía.
Exposición de la cara posterior de la pelvis renal.

cálices», resumíamos la disposición anatómica de estos conductos en la forma siguiente :

«Desde el punto de vista quirúrgico, puede esquematizarse la disposición de la pelvis renal y cálices, diciendo que, en la mayor parte de casos, se reúnen los dos tercios inferiores de cálices secundarios, desembocando en los grandes cálices inferior y medio, o en la hemipelvis inferior o ínfero-media

que los reúne, formando una *via corta*, entre el riñón y la pelvis renal, y *recta*, que pone en amplia comunicación dichos conductos. En cambio, los cálices secundarios del polo superior se reúnen formando a veces una pel-

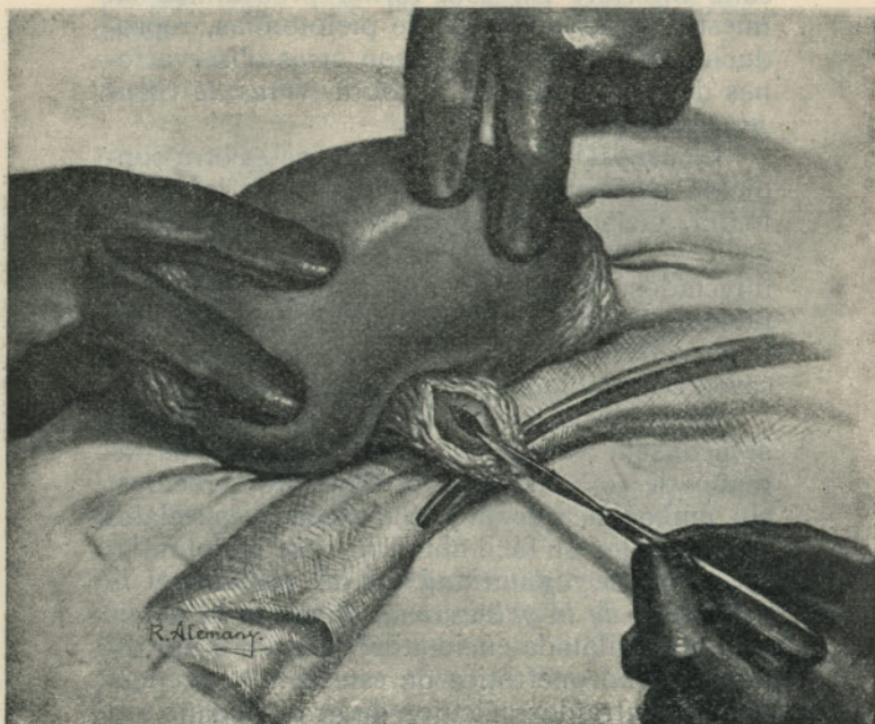


Fig. 5.—Incisión de la pelvis renal y aparición del cálculo.

vis secundaria, alejada de la pelvis principal y desembocando siempre en ésta por un conducto, el cáliz superior, *largo, oblicuo y estrecho, más ancho hacia el riñón que hacia la pelvis renal.*»

Por lo tanto, los cálculos desarrollados en el polo superior no pueden ser atacados por la pelvis. En cambio, cuando el cálculo se encuentra en el cáliz inferior, y a veces en el me-

dio, pueden extraerse por la pelvis, pues ambos conductos están en amplia comunicación.

Los *cálculos ramificados* los operamos también por *pielotomía*, cuando las ramificaciones son cortas y gruesas, o bien se dirigen hacia el cáliz inferior. En esta forma procedimos en nuestra observación 2.^a de pielotomías, reproducida *in extenso*, junto con otras observaciones de pielotomía, en mi obra *Notas de Cirugía renal* (1).

La *asepsia completa* de la orina es otra condición que exigen los partidarios de la pielotomía. Gelsner (de Berlín) coloca un drenaje en T en el interior de la pelvis, en los casos infectados. Nosotros empleamos también la pielotomía en los cálculos algo infectados, sin llegar, claro es, a operar en esta forma, los casos acompañados de retención purulenta.

Respecto al *tamaño de los cálculos*, si bien se aconseja limitar su extracción a los de tamaño de un garbanzo o almendra, creemos, sin embargo, que hay condiciones especiales que permiten su fácil obtención por pielotomía, tal como la *regularidad de los cálculos y la dilatación de la pelvis renal*. Cuando la pelvis está muy dilatada encima del cálculo, o por dilatación hidronefrótica de este conducto, pueden ser extraídos cálculos de gran tamaño sin rasgarse sus paredes.

En esta forma procedimos en la observación siguiente :

OBSERVACIÓN 13.^a DE PIELOTOMÍAS. — ***Cálculo gigante del riñón, extraído por pielotomía.***

Sebastián Duarte, de cincuenta y dos años, casado, procedente de la provincia de Badajoz. La calcu-
losis renal, en este enfermo, había ofrecido la sintomatología típica que nosotros hemos descrito con el título de «Nefrolitiasis gigántica» en nuestra obra de *Cirugía renal* (1) es decir, la *ausencia de síntomas do-*

(1) Serés: *Notas de Cirugía renal*. 1921. Editorial Plus Ultra.

lorosos. Después de algunas hematurias, provocadas por el salto y completamente indolorosas, que tuvo en su época juvenil, de los diez a los quince años, no percibe ningún otro síntoma urinario hasta la época actual (cincuenta y dos años), en la cual llama la atención del enfermo la piuria y albuminuria (por pus). Durante tantos años, no ha tenido dolor ni hematurias.

Por la palpación bimanual se despierta dolor en la región renal izquierda.

Con estos datos, y aleccionado por la observación de otros enfermos parecidos, me atrevo, aun sin radiografía, a afirmar la existencia de un cálculo gigante del riñón, que la radiografía confirma perfectamente.

Fué operado por *pielotomía* en mi Clínica particular de Sevilla, extrayendo el gran cálculo de la figura 2 (Obs. 13).

III

TÉCNICA DE LA PIELOTOMÍA

Abordado el riñón, mediante la incisión rectocurvilinear ordinaria, se le aísla y exterioriza todo lo posible hasta colocarlo al nivel de la piel.

Por medio de la rotación del mismo hacia adelante, se consigue ver la cara posterior de la pelvis renal, y entonces se la aísla de los órganos inmediatos. Bien visibles la pelvis y la extremidad superior del uréter, se coloca una compresa entre la cara anterior de ésta y el pedículo vascular, con el fin de mejor aislar este conducto y de proteger, al mismo tiempo, la arteria y vena renal.

No procedo nunca a la «denudación perfecta» de la cara posterior de la pelvis, como recomienda Rafin, no sólo por las grandes dificultades que entraña, la imposibilidad a veces, si se quieren evitar rasgaduras de la misma, sí que también para facilitar la sutura y cicatrización ulterior, para cuyo fin nos sirve muy bien esta cáscara de grasa condensada que

rodea a la pelvis, contentándome con aislar todo lo posible la pelvis renal sin separar de ella el nódulo o capa grasienta esclerosada, que forma en este sitio a veces un verdadero lipoma.

Hay que tener presente, al aislar la cara posterior de la pelvis, las venillas que circulan por la grasa retropélvica, y especialmente la rama retropélvica de la arteria renal que se dirige hacia el borde posterior del seno del riñón.

Reconocida bien la pelvis renal, así como el borde del seno del riñón, observando el tipo a que pertenecen, se procederá a la palpación de la pelvis con el fin de reconocer la existencia en la misma del cálculo. La sensación especial de dureza, que sentiremos por la palpación bidigital, nos indicará la presencia en la misma del cálculo, sensación que debemos no confundir con la dureza que a veces presenta el lipoma retropélvico.

Preparada la pelvis en la forma que acabamos de indicar y seguros de la existencia del cálculo en su interior, procederemos a la *incisión de la pelvis renal*. Esta se practica, en sentido longitudinal, en la cara posterior de la misma, prolongando la incisión si es necesario hasta cerca del labio del seno del riñón, teniendo cuidado solamente de no herir la arteria retropélvica, que podría acarrear algún trastorno a la nutrición del territorio renal correspondiente. Abierta la pelvis, se investiga la movilidad del cálculo, y si éste permanece adherido a la pared de la misma, se le aísla con una sonda acanalada o con la pinza que nosotros hemos ideado para la extracción de cálculos por medio de la pielotomía.

Extracción del cálculo. — Esta es relativamente fácil cuando está aislado y la incisión es suficiente; en este caso la enucleación con los

dedos, o con la sonda acanalada, basta a veces, pero casi siempre hay que emplear pinzas para hacer presa sobre el mismo y extraerlo con facilidad. Es condición importante que el cálculo salga sin fragmentación, a fin de

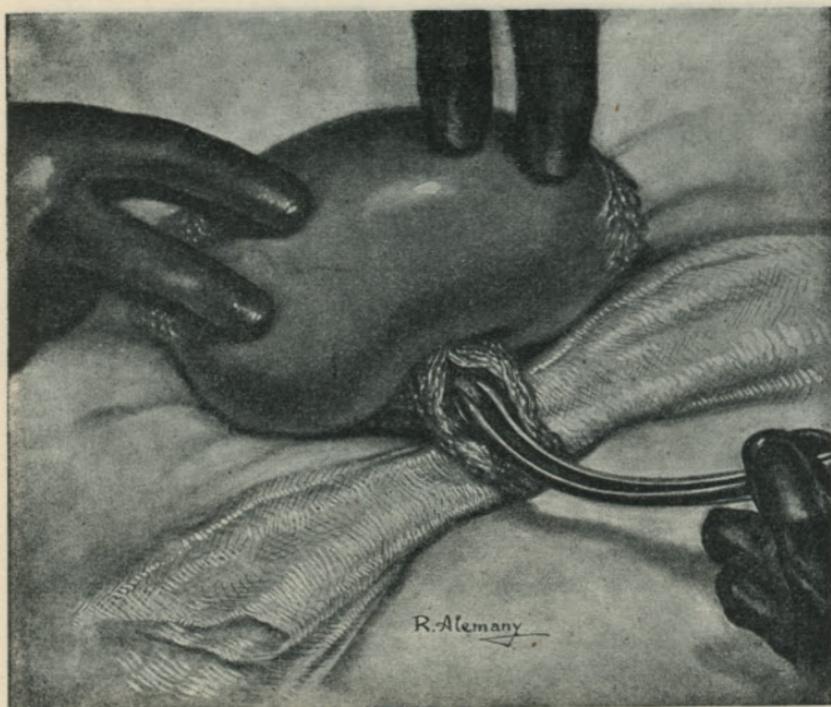


Fig. 6. — Extracción del cálculo mediante nuestra pinza-cuchara.

evitar que alguna partícula descuidada en el interior de la cavidad sirva de nódulo para la formación de otro cálculo.

La pinza de Guyon resulta muy gruesa para la extracción de cálculos de la pelvis; se maneja difícilmente y expone a la fragmentación de los mismos. Teniendo en cuenta las condiciones de delicadeza con que debe ha-

cerse la extracción de cálculos por pielotomía, con el fin de no fragmentarlos, hemos ideado nosotros un sistema de pinzas para la pielotomía, que tienen la misma disposición y mecanismo que las pinzas de disección (fig. 1), con

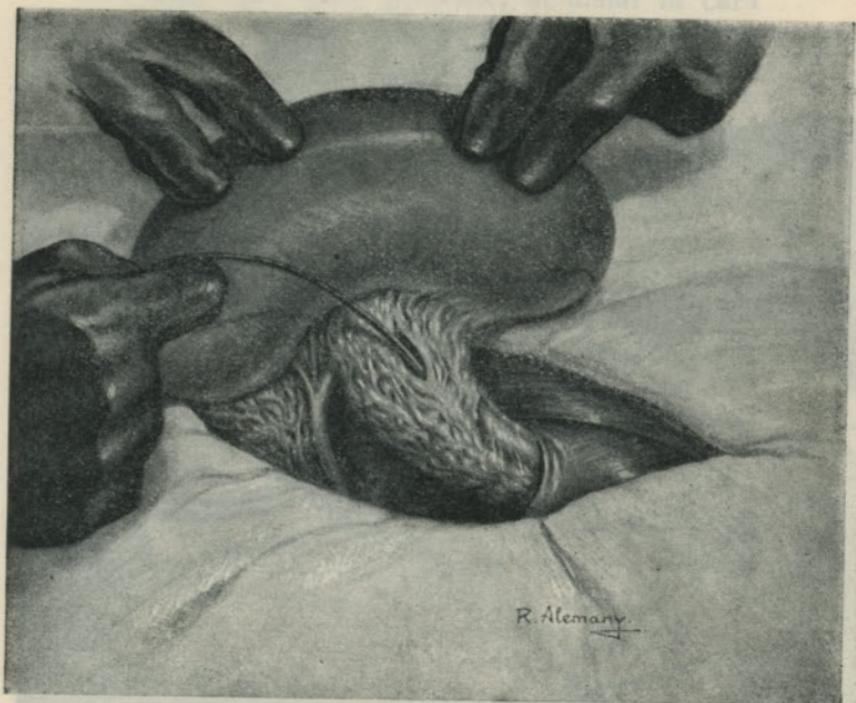


Fig. 7. — Cateterismo del uréter, de arriba abajo, a fin de reconocer su permeabilidad.

lo cual se consigue un más fácil manejo, suavidad y finura, para la extracción de cálculos. Unas pinzas tienen los bocados en forma de cuchara, «pinzas-cuchara», y sirven para la extracción, no sólo de cálculos muy pequeños, sí que también hasta los de tamaño de un garbanzo; otras tienen los bocados como un fórceps, «pinzas-fórceps», y se utilizan para cálculos mayores.

La extracción con nuestras pinzas se realiza con mucha facilidad (fig. 6).

Reconocimiento de la permeabilidad del uréter. — Por medio de una sonda ureteral o de una bujía urinaria, introducida desde la

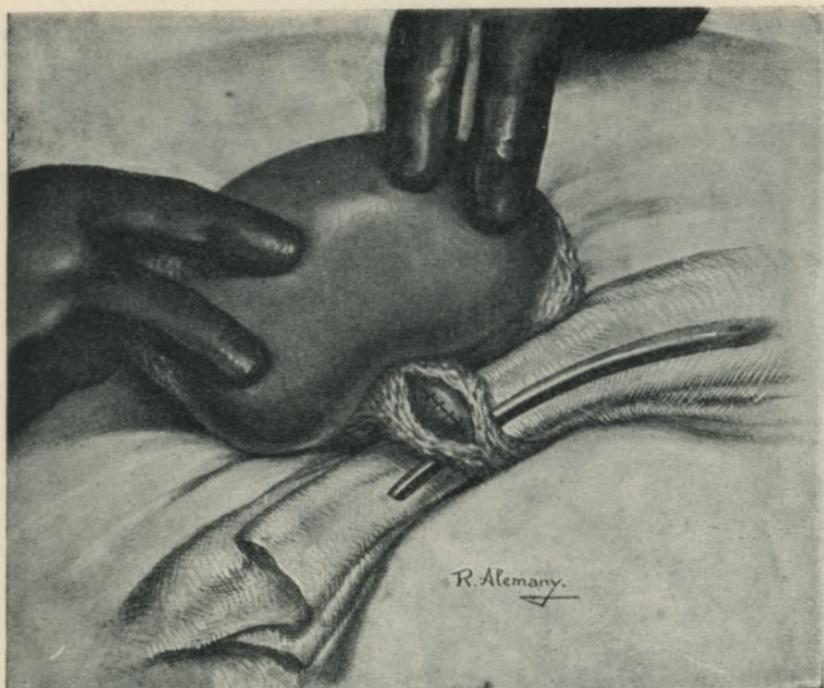


Fig. 8. — Sutura de la pared de la pelvis renal.

pelvis renal hasta la vejiga urinaria por la abertura de la pelvis (fig. 7), reconoceremos la permeabilidad del conducto ureteral en toda la extensión del mismo. Es muy conveniente practicar esta exploración ureteral, con el fin de estar seguros de la permeabilidad del mismo, pues la obstrucción ureteral ha sido la causa de la persistencia de algunas fístulas consecutivas a la pielotomía.

Sutura de la pelvis. — El profesor Legueu me dijo en París que no practicaba nunca la sutura después de la pielotomía, y del mismo parecer son la mayoría de los urólogos. Sin embargo, yo la practico, con catgut delgado,

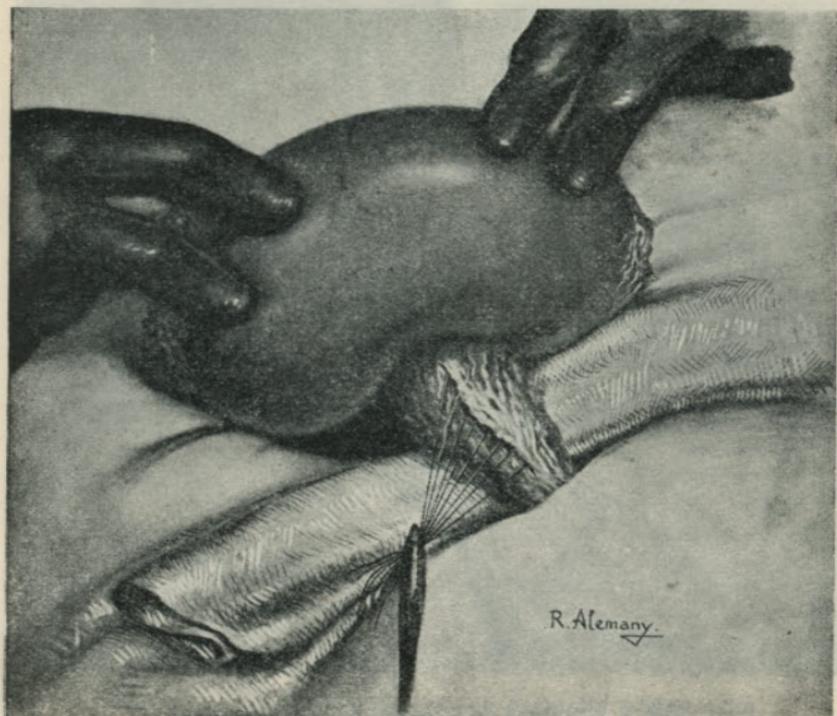


Fig. 9. — Sutura de la capa grasienta encima de la pelvis renal.

haciendo dos planos de sutura entrecortada, uno profundo aplicado a la pared misma de la pelvis renal (figs. 8 y 9), y otro superficial aplicado encima de la cáscara de grasa endurecida que la rodea. La sutura, en esta forma, cierra bastante herméticamente la pelvis renal, cuando menos durante los primeros días, con lo

cual se evita el derrame de orina por fuera de la pelvis y la infección del tejido celular de la región. Con este detalle técnico, extendemos nosotros la pielotomía a los casos infectados. Después de algunos días, es frecuente, sin em-

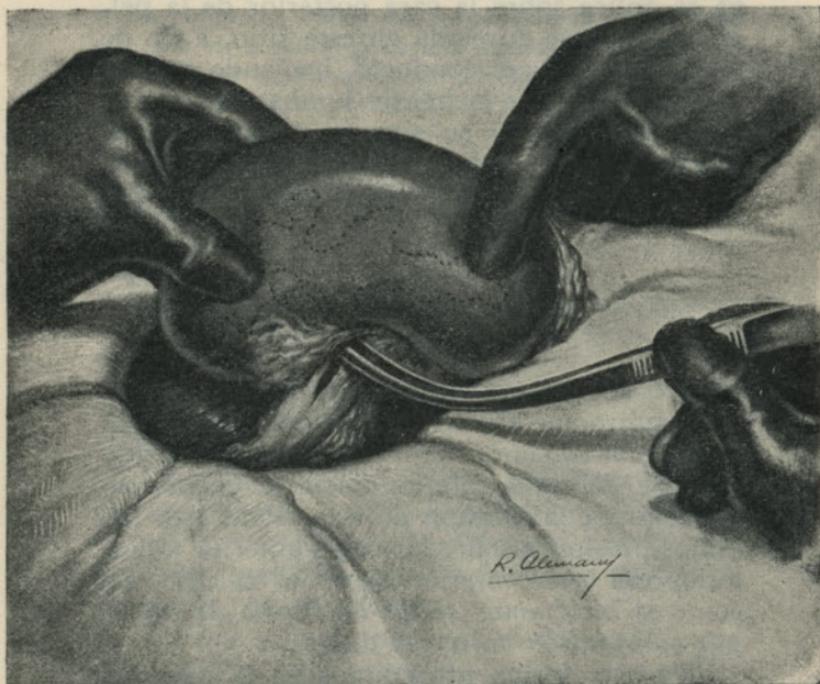


Fig 10. — Técnica para extraer cálculos del cáliz inferior mediante nuestra pinza-cuchara curva.

bargo, que haya algún escape de orina ; pero entonces ya no hay peligro de infección perirrenal, y, por otra parte, la cicatrización de la herida de la pelvis es más rápida en los casos que se ha practicado la sutura. Cuando la grasa que recubre la pelvis ha sido rasgada, no pudiendo ser aprovechada para tapan la pelvis renal, obtenemos de la cara posterior del

riñón, según la técnica de Payr (de Leipzig), un colgajo de la cápsula propia del mismo, con la cual cubrimos la pelvis renal. Nosotros hemos empleado esta técnica en dos pielotomías.

Drenaje. — Una tira de gasa bastante larga se aplica sobre la cara posterior de la pelvis, dejándose apretada en este sitio, a fin de que ocluya más el conducto, haciendo salir el otro extremo por la herida lumbar. Se coloca luego el riñón en su sitio, y se termina cerrando los planos musculares y la piel, dejando sitio solamente para la salida del drenaje (1).

IV

EXTRACCIÓN DE LOS CÁLCULOS DEL CÁLIZ INFERIOR

Procedemos en este caso en forma diferente, según que el cálculo sea movable o no. Cuando el *cálculo es movable*, intentamos desplazarle del cáliz inferior hacia la pelvis, sacándole por la incisión de ésta. Para esto hacemos presiones sobre las caras anterior y posterior del polo inferior sobre el cálculo, tal como si *hiciéramos saltar un hueso de cereza por compresión entre los dedos*.

En esta forma procedimos en la observación siguiente:

OBSERVACIÓN 7.^a DE PIELOTOMÍAS. — *Cálculo migratorio entre la pelvis renal y cáliz inferior.*

Juana Bacarizas, soltera, de diez y ocho años, natural de Constantina (Sevilla). Síntomas dolorosos y hematurias, desde algunos años antes de la operación. La orina ligeramente turbia. La radiografía indica una sombra regular en zona que corresponde a pel-

(1) El Dr. Mollá, ilustre urólogo de Madrid, ha practicado la sutura completa de la región lumbar, sin dejar ningún drenaje, en algún caso de pielotomía con orina completamente aséptica.

vis renal, por cuyas razones creímos se trataba de un caso típico para pielotomía.

Ingresa en mi Clínica particular de Sevilla, y procedo a la operación de *pielotomía*.

Al aislar la cara posterior de la pelvis, no encuentro por la palpación el cálculo; éste se encontraba en la parte correspondiente al seno renal, hacia donde había emigrado, quizá con las maniobras operatorias. Practico en la pelvis renal una incisión de menos longitud de un centímetro; el cálculo, mientras tanto, se había internado completamente en el cáliz inferior, quedando, por tanto, completamente fuera del radio de acción asignado a la pielotomía. Sin embargo, mediante las maniobras antes indicadas, logramos hacer salir el cálculo hacia la pelvis, y ya en este sitio, lo orientamos para que saliese de punta por la corta incisión de la pelvis.

La operación de extracción no había podido ser más benigna para el riñón. Algunos puntos de sutura en la pelvis, drenaje retropélvico y la sutura músculo-cutánea, completaron la operación, cuyo curso post-operatorio no pudo ser más benigno y sencillo.

Cuando el cálculo no es movable, no hay que empeñarse haciendo maniobras brutales con el fin de desplazarle hacia la pelvis; no hay más remedio que ir a buscarle donde se encuentra, para extraerlo.

En este caso empleamos *nuestra pinza-cuchara curva*, que, introducida por la incisión de la pelvis, se dirige hacia el cáliz inferior o medio, estando cerrada. Se explora primero con la pinza-cuchara cerrada, como si fuera un estilete, el interior del conducto, con el fin de sentir el contacto del cálculo, y cuando se percibe, se hace presa sobre el mismo, ayudándole, si es preciso, por presiones con la otra mano sobre el polo inferior, con el fin de que el cálculo penetre en el interior de la cuchara de la pinza (fig. 10). La curvatura que tiene la pinza y su longitud permiten que con ella se puedan explorar y extraer los cálculos

alojados en el cáliz inferior, manejada desde la parte superficial de la herida lumbar; las dos cucharas, al afrontarse entre sí, limitan una cavidad en donde quedan encerrados y retenidos los calculitos muy pequeños, que por su tamaño pudieran fácilmente perderse al ser extraídos.

En esta forma procedimos en la observación siguiente:

OBSERVACIÓN 8.^a DE PIELOTOMÍAS. — *Cálculo de la pelvis renal y cálculo del cáliz interior extraídos por pielotomía.*

José Camas Gutiérrez, natural de Bornos (Cádiz), de catorce años, dependiente de comercio en Sevilla.

Dos años antes de la operación, nota los primeros síntomas de su enfermedad, manifestada por crisis de hematuria con polaquiuria diurna y nocturna; más tarde, dolor fijo en la región renal izquierda, exacerbado con el trabajo, obligando al enfermo a andar encorvado hacia el lado izquierdo. La orina es bastante turbia, infectada, y la radiografía denuncia una mancha alargada hacia el interior del riñón.

Pielotomía en 26 de Marzo de 1920, en la Clínica de Urología de la Facultad de Medicina de Sevilla, en presencia del colega especialista de Sevilla Dr. Patiño. Incindida la pelvis renal, extraigo un cálculo alojado en la porción de aquella que corresponde al seno del riñón. Sin embargo, este cálculo no presenta una forma parecida a la sombra radiográfica, y, además, observo en una de sus caras, aunque irregular, una superficie lisa y pulimentada, es decir, una verdadera superficie articular parecida a la de una articulación artrodia; esto me hizo suponer que este cálculo había estado en contacto durante tiempo con otro alojado en el interior del riñón. Con nuestra pinza-cuchara exploro el cáliz inferior, allí siento otro cálculo, y con la misma pinza lo extraigo.

Los dos cálculos se articulan bien por una de sus caras lisa, formando como una artrodia (fig. 3, Observación 8.^a), y reunidos reproducían entonces la forma de la sombra radiográfica.

