

EL CASO DIARIO

Por el doctor Manuel José Luque.

ANASTOMOSIS URETERAL, TERMINO TERMINAL

Histerectomía subtotal. Sutura del recto. Apendicectomía.
(Historia clínica quirúrgica).

Paciente de 23 años, casada, que trabaja en los oficios de su hogar, natural y vecina de Lenguazaque. Llegó al servicio por primera vez el 25 de febrero de 1935, y las iniciales de su nombre eran: M. del C. de P. El 5 de septiembre del mismo año entró nuevamente, pero entonces ya esas iniciales habían cambiado, y dio las siguientes: C. R. L. de G. Seguramente olvidó el primitivo nombre y se puso otro diferente. Ignoramos cuál de los dos es el verdadero, o si ninguno de ellos lo será realmente. De lo que sí estamos absolutamente seguros es que la persona que vimos en un principio, es la misma que hemos tratado anteriormente.

Refirió que había sufrido tifoidea. Reglas adelantadas y dolorosas. Ha tenido tres partos normales, el último hace año y medio. Hace un mes viene sufriendo flujo vaginal abundante, de coloración amarillosa y de mal olor. Veinte días antes de someterse a nuestro examen, tuvo un dolor sumamente fuerte en la fosa ilíaca derecha, acompañado de calofrío y de estado febril. Experimentaba dolores a la micción, y las orinas, escasas, eran de subida coloración.

Al examen objetivo presentaba un abdomen globuloso, extremadamente sensible, en especial, a la palpación del hipogastrio. El tacto vaginal permitía reconocer un cuello grueso, de labios desgarrados y desiguales. La palpación bimanual mostraba fija a la matriz que, por otra parte, se hallaba aumentada de volumen. La exploración de los fondos de saco, que todos eran especialmente sensibles, mostraba ocupados y tensos el derecho y el posterior, sobre todo este último.

Paciente febricitante, de tinte amarilloso, con pulso acelerado, vías digestivas saburrales. Con aspecto de postración y de dolor.

Hicimos el diagnóstico de anexitis. La colocamos en reposo absoluto. Pusimos hielo sobre el abdomen y diariamente, con suavidad, se le hicieron lavados intestinales para facilitar la exoneración intestinal, que se hacía dolorosa y difícilmente. Siguiendo esa conducta permaneció hasta que desapareció el estado febril, y diez días más tarde, es decir, el 5 de marzo, subió a la mesa operatoria.

Operación.—(Compañero doctor Eduardo Forero Mariño). Anestesia general con mezcla. Posición declive. Incisión media infraumbilical. Abierta la cavidad y explorados los órganos abdomino-pelvianos se encontró una anexitis bilateral, acentuada del lado derecho, en el cual se formaron grandes bolsas purulentas, adheridas a los órganos vecinos y desgarrables. Estrechamente unidos entre sí, formando como un solo bloque, se encontraban el recto, la matriz y los anexos derechos.

Con la dificultad propia de estos casos hicimos la histerectomía subtotal. Extirpamos la matriz y los anexos, pero en las maniobras realizadas en el curso de la operación para desprender todo aquello, involuntariamente seccionamos el uréter derecho y desgarramos la cara anterior del recto. Reparamos con doble sutura la brecha que abrimos en este último órgano. Anastomosamos, punta contra punta, los cabos ureterales. Cerramos el muñón del cuello uterino. Hicimos la apendicectomía por hallar al apéndice grueso y enrojecido. Ligamos los vasos correspondientes, y después de colocar el drenaje conveniente, cerramos la pared en 4 planos.

¿Cómo reparamos la sección ureteral? A este punto especial queremos referirnos. Sencillamente de manera análoga a la forma como se ejecutan las suturas arteriales por invaginación, siguiendo la técnica que para ello emplea Murphy.

En el ánimo de hacernos comprender lo mejor posible, hemos hecho los dibujos adjuntos. El primero de ellos (fig. 1) representa es-

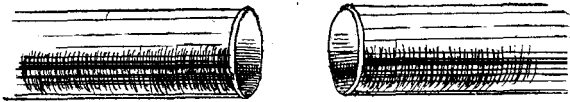


Figura 1. Esquema de los cabos ureterales después de la sección.

quemáticamente los dos cabos ureterales después de la sección. Sucedió que, una vez que ellos fueron reparados observamos que el superior, demasiado corto, no se podía implantar a la vejiga. Quedaban tres caminos: o abocarlo al intestino; o hacer la nefrectomía, o intentar la anastomosis término-terminal. (Por razones demasiado extensas de exponer en una breve historia clínica, no empleamos otra anastomosis que la que vamos a describir).

Como hemos dicho, reparados los cabos, con dos pinzas de Kocher (fig. 2) tomamos el inferior y apoyándonos en ellas en lugares diametralmente opuestos, con la tijera hicimos una pequeña incisión (fig. 3). En seguida pasamos un hilo de seda, de la pared externa a la interna del segmento inferior, hilo que se llevó por la cara externa del segmento superior, que penetró la pared y que volvió a salir a poca distancia para descender por la parte interior del segmento inferior y salir finalmente a poca distancia del lugar por donde había penetrado al comenzar la maniobra. De manera absolutamente semejante procedi-

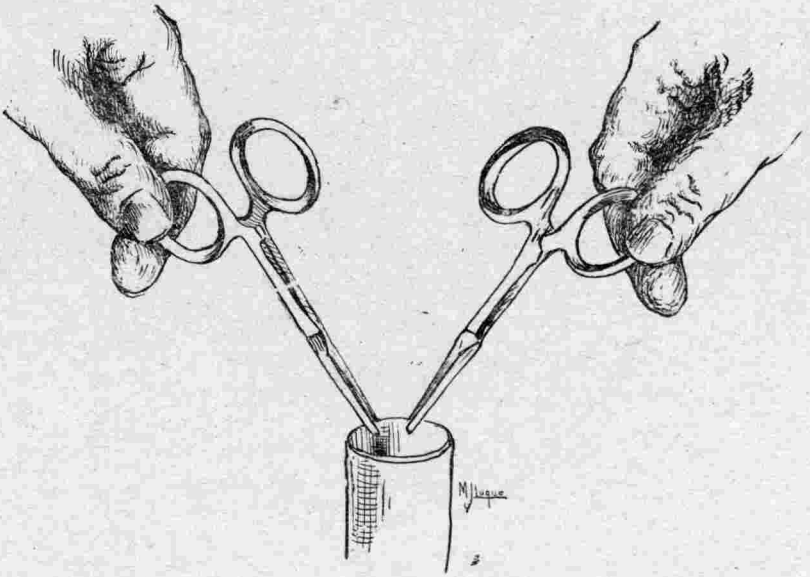


Figura 2. Manera de colocar las pinzas en el cabo inferior del uretere.

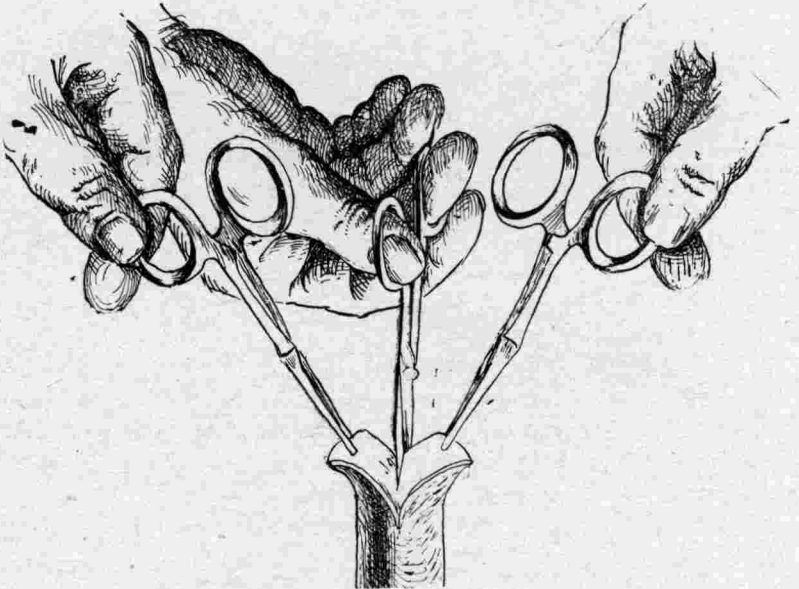


Figura 3. Manera de seccionar con la tijera, en puntos opuestos, el cabo ureteral inferior.

LABORATORIES AMIDO

A. BEAUGONIN, PHARMACIEN

4, PLACE DES VOSGES, 4 - PARIS

PRODUCTOS	INDICACIONES	FORMAS
Amidal Almidón Parafinado y Fermentos Lácticos.	ENTERITIS. DIARREAS. DISENTERIA.	POLVOS. COMPRIMIDOS. OBLEAS.
Backerine Fermentos y Sales de Magnesia.	EPITELIOMAS. CARCINOMAS. SARCOMAS.	AMPOLLAS. OBLEAS. GRAGEAS.
Geneserine Polonovski & Nitzberg.	DISPEPSIA HIPOÁCIDA. SINDROMO SOLAR. TAQUICARDIA.	GRAGEAS. GRÁNULOS. GOTAS. AMPOLLAS.
Genatropine Polonovski & Nitzberg.	DOLORES ABDOMINALES. TRASTORNOS SIMPÁTICOS. DISPEPSIA HIPERÁCIDA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genostrychnine Polonovski & Nitzberg.	PARÁLISIS. ASTENIA. NEURASTENIA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genoscopamine Polonovski & Nitzberg.	ESTADOS PARKINSONIENSES. SINDROMOS POST-ENCEFALÉTICOS ANESTESIA QUIRÚRGICA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genhyoscyamine Polonovski & Nitzberg.	ESPASMOS DIGESTIVOS. CÓLICOS. AGITACIONES NERVIOSAS DIVERSAS	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Vitamyl Vitaminas Concentradas.	RAQUITISMO. ESCORBUTO INFANTIL. TUBERCULOSIS. ALIMENTACIÓN INTENSIVA.	LÍQUIDO.

MUESTRAS MÉDICAS Y LITERATURA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

DEPOSITARIO PARA COLOMBIA: SEÑOR · LOUIS BANCELIN

CALLE CALDAS, 20 DE JULIO Y PROGRESO - BARRANQUILLA

Gardena

(FENILETILMALONILUREA)

**TRATAMIENTO
ACTIVO**
de todos los estados de
excitación:
EPILEPSIA-DELIRIUM TREMENS
INSOMNIOS REBELDES



PRESENTACION:

tubos de	20
compridos	0 grs 10
tubos de	30
compridos	0 " 05
tubos de	80
compridos	0 " 01



Société parisienne d'Expansion Chimique

SPECIA

Marques **POULENC freres & USINES DU RHONE**
21, rue Jean Goujon, Paris (8^e)

Para muestras y literatura, dirigirse a
PHILIPPE DUCHAMP

BOGOTA, TELEFONO 5516, APARTADO 372.

mos en el lugar opuesto, en forma tal, que quedaron las dos valvas que habíamos formado, unidas por los hilos al cabo superior. (Fig. 4).

Luégo, suavemente, hicimos tracción de los hilos mencionados y separando las valvas inferiores con las pinzas de Kocher que las mantenían, (fig. 5) intubamos el segmento superior en el inferior.

Por último, suturamos también con seda las incisiones que formamos en el cabo inferior del uréter y unimos el borde de éste a la pared del segmento superior.

Cuidados post-operatorios.—Suero en abundancia por vía subcutánea. Tónicos cardíacos apropiados y hielo a permanencia en el abdomen. A las 24 horas, cambio de mechas del drenaje abdominal. Desde el primer día, constipantes, para favorecer la sutura del recto. Al 7º día, lavado intestinal.

Desde el instante en que la paciente recobró su perfecto conocimiento se quejó de dolor, muy agudo, en la fosa y en el hipocondrio derechos. Al 9º día aparecieron materias fecales en las mechas de curación, accidente que desapareció cuatro días más tarde. Se estableció una abundante supuración por la herida. Las curaciones continuaron meticulosamente. A los 17 días la enferma empezó a perder orinas involuntariamente por la uretra, por lo cual colocamos sonda de Pezzer a permanencia, y, poco a poco, se fue tarando esa pérdida hasta que el

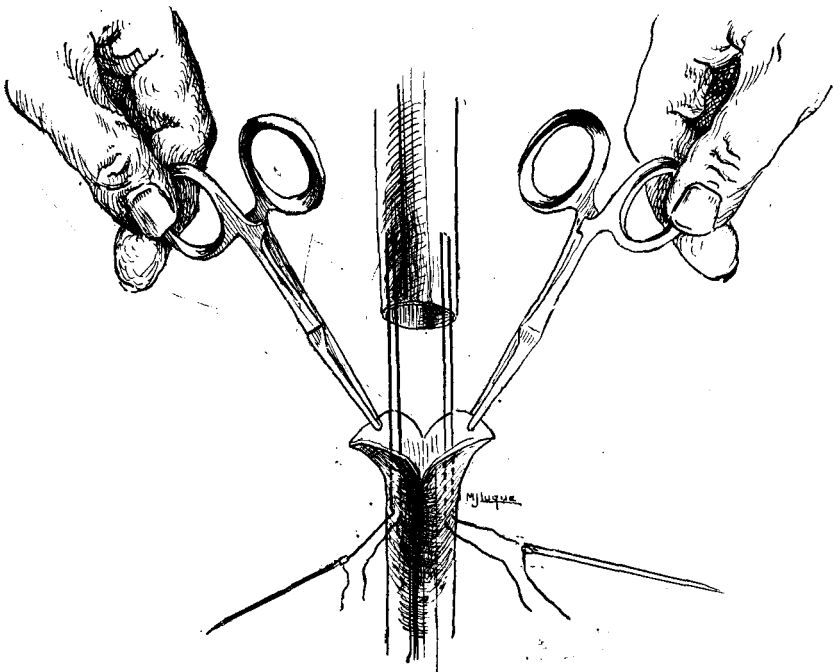


Figura 4. Manera de pasar los hilos para acercar el cabo superior al inferior.

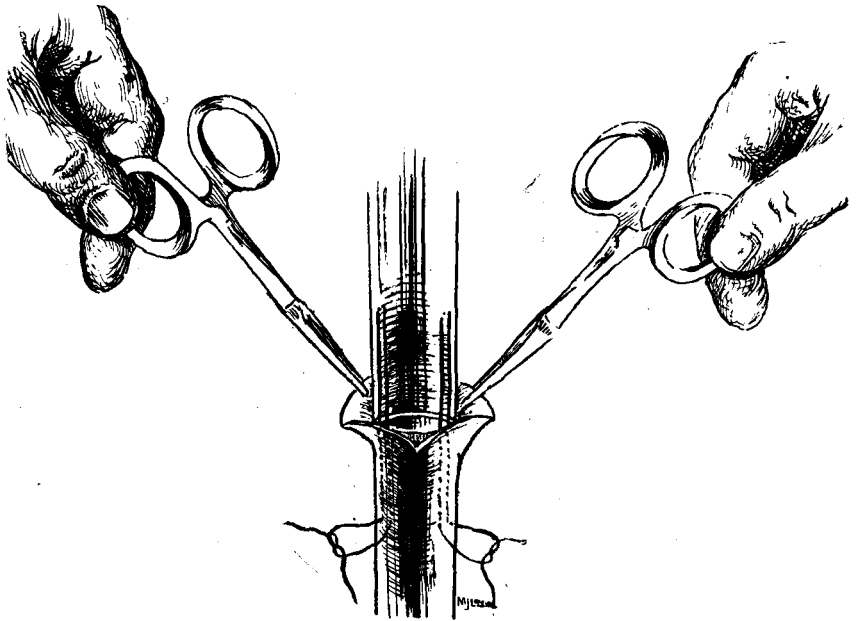


Figura 5. Manera de intubar el cabo superior en el inferior.

día 19 se suspendió esa complicación. Finalmente, la mejoría se fue acentuando y la paciente salió del servicio orinando normalmente, con su herida abdominal cicatrizada, pero con dolores en la región lumbar que le imposibilitaban todo ejercicio. Se le advirtió regresar nuevamente a los dos meses para hacer una exploración ureteral.

El 2 de septiembre de 1935 volvió al servicio en cumplimiento de la orden que había recibido. Fue entonces cuando dio un nombre diferente del primitivo.

Pusimos en observación a la paciente. Su aspecto era totalmente diferente; ya no tenía dolores, había aumentado de peso y refirió que sus funciones urinarias se realizaban normalmente.

El 6 de septiembre el doctor Venancio Rueda hizo el siguiente análisis de orinas:

Cantidad recogida 800 c.c.; densidad, 1015; aspecto, turbio; color, ámbar; reacción, alcalina; albúmina, huellas; glucosa, no hay; úrea,

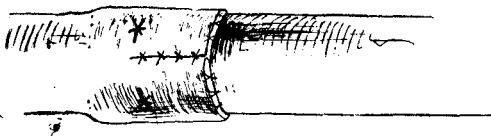


Figura 6. Sutura terminal de los cabos.

8,5; cloruros, 5; fosfatos, 0,7; acetona, no hay; pus, sí hay; sangre, no hay. Abundantes bacterias y glóbulos de pus.

El 7 de septiembre el doctor Venancio Rueda investigó la úrea de la sangre y dio el siguiente resultado:

Azohemia.—Cincuenta y siete centigramos (0,57 ctgrs.) de úrea por litro de sangre.

El 20 de septiembre el mismo doctor Rueda hizo la reacción de Wassermann en la sangre, con resultados negativos.

Con esos datos y en tal situación, el Profesor Carlos Tirado Macías, maestro realmente en la difícil especialidad urológica, con la habilidad que le es característica le hizo un cateterismo ureteral.

Observó que los meatos ureterales presentaban un aspecto absolutamente normal; que la orina emitida salía de manera regular por cada uno de ellos, y recogida separadamente y analizada por el doctor Venancio Rueda, obtuvimos el siguiente resultado:

Examen parcial de la orina separada:

Riñón derecho: cloruros, 2,50 gr. p. mil; fosfatos, 0,30 centgrms. p. mil; albúmina, huellas; glucosa, no hay.

Riñón izquierdo: cloruros, 3 gramos p. mil; fosfatos, 0,50 centgrms. por mil; albúmina, huellas; glucosa, no hay.

Con una permeabilidad absoluta por parte de su riñón, con un estado general perfecto y sin dolores de ninguna especie, salió la paciente del servicio.

