

## VALOR DE LA RADIOGRAFIA SIMPLE EN LA LOCALIZACION DE LA TUBERCULOSIS RENAL Y DE LA PIELOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA MISMA

Por el Dr.

JUAN SALLERAS

### I. - Radiografía simple.—

En la práctica diaria, nos encontramos frecuentemente que un enfermo nos consulta por una **cistitis aguda espontánea**, cuyo análisis de orina, comprueba la presencia de una cantidad mayor o menor de bacilos de Koch, lo que pone en evidencia tratarse de un tuberculoso urinario. Excluida la tuberculosis genital o bien concomitante con ella, debemos sospechar siempre que se trata de una tuberculosis renal: en efecto; la tuberculosis vesical primitiva se asegura por los clásicos que no existe y así resulta efectivamente. Tenemos, por consiguiente, una tuberculosis renal.

Sabemos, que habitualmente la tuberculosis del riñón, es eminentemente silenciosa para este órgano, a tal punto que, muy comúnmente la nefrectomía nos sorprende con la destrucción por caseosis de toda la glándula, sin haber determinado en el paciente el menor síntoma que haya llamado su atención. La palpación, comúnmente no dá ningún dato sobre la localización del proceso, ni muy a menudo, tampoco lo dá la investigación de los puntos dolorosos y, sin embargo, nosotros estamos seguros de encontrarnos frente a una tuberculosis renal.

La cistoscopia inmediata o previa preparación de la ve-

jiga, resulta imposible por falta de capacidad o siéndolo, los edemas, ulceraciones o vegetaciones, impiden visualizar los uréteres, ni aun, con la cromocistoscopia con indigo carmín o bien otro colorante.

En tales condiciones, dos son los caminos a seguir para localizar la lesión tuberculosa renal: uno, consiste en la doble lumbotomía exploradora, y el otro, la radiografía simple hecha e interpretada con toda meticulosidad.

La primera se comprende que queda reservada sólo para los casos, en que la segunda no resulta ilustrativa.

Los caracteres radiográficos del riñón tuberculoso, varían, naturalmente, con el grado de lesión y, también, según que se hayan o no producido precipitaciones fosfáticas secundarias dentro de los focos tuberculosos, lo que resulta frecuente. Podemos asegurar, que el riñón tuberculoso es visible a los rayos X, sólo en los estados avanzados de la enfermedad, que es cuando se suelen producir tales precipitaciones de sales o bien cuando la glándula deforma sus contornos, se agranda en sus diámetros vertical y más en el transversal, dando las imágenes agrandadas y deformadas características (véase figuras 1, 2 y 3).

Estas deformaciones, contrastan, por otra parte, con la imagen normal y regular del riñón sano, lo que permite sentar un diagnóstico simple y rápido de tuberculosis renal derecha o izquierda e integridad anatómica del otro riñón, como lo hemos podido nosotros realizar en varias oportunidades.

Las sombras por sales en el riñón tuberculoso o por materia caseosa, o por riñón en mástic, no dan imágenes agrandadas del órgano y sí, sólo, modificaciones de la consistencia glandular, que se traduce por sombras difusas, esfumadas o circunscriptas, pero muy diferentes de las sombras calculosas, caracterizadas por la nitidez de los contornos.

Si nosotros tenemos el dato de la presencia de bacilos de Koch en la orina, y con la presencia de sombras difusas dentro del riñón, podremos asegurar que estamos en presencia de una tuberculosis renal del lado correspondiente a la sombra vista, aunque no hay que olvidar la coexistencia ex-

cepcional de una tuberculosis con una litiasis en el mismo órgano. Puede, sin embargo, hacerse el diagnóstico diferencial por los rayos X, dando mayor penetración al tubo, con lo que se consigue, si es calculeoso, una mayor nitidez y si son sales o caseum, la sombra desaparece.

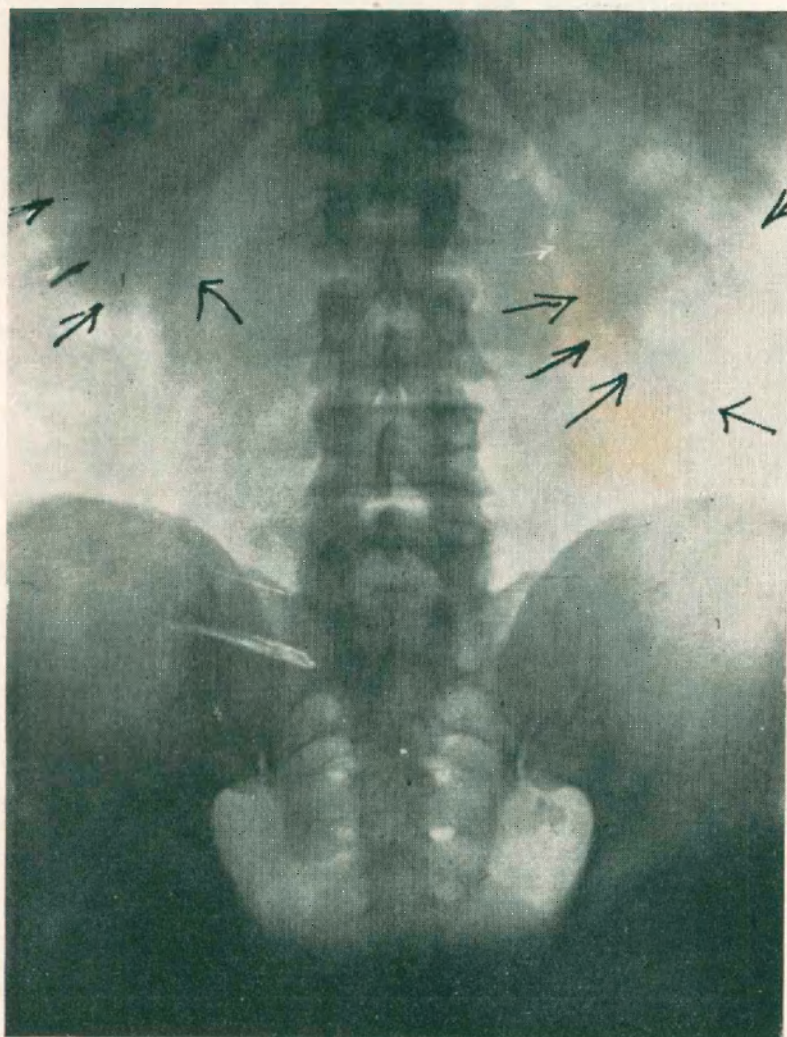


Figura 1

Historia clínica No. 666

Tuberculosis renal izquierda — (sombra renal grande, irregular, con zonas claras y oscuras). Las flechas indican tamaño y deformación de glándula

## II. — Pielografía ascendente. —

Cuando nosotros podemos estudiar fácilmente todo el árbol urinario superior, entonces el diagnóstico de localiza-

ción tuberculosa renal, suele resultar muy fácil en general, resultándolo tanto más, cuanto más al comienzo del proceso vemos al enfermo. La cistoscopia simple es suficiente a veces para sospecharla, por la congestión, edema, ulceración,

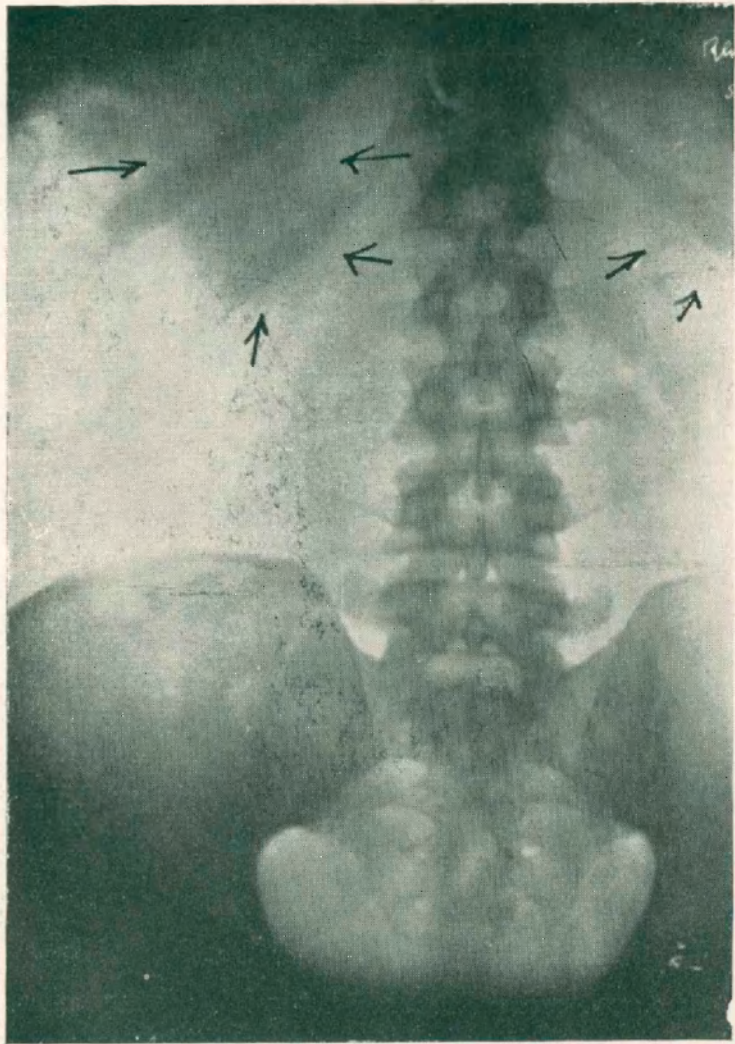


Figura 2

Historia clínica No. 858

Tuberculosis renal izquierda — (Pionefrosis) — Las flechas indican el tamaño comparativo de las dos glándulas

etc., del meato ureteral correspondiente; el cateterismo ureteral, mostrando modificación del ritmo de las eyaculaciones, haciéndose perezoso o perdiéndose del todo, con lo cual se ven las eyaculaciones babeantes. La disminución de la concentración uréica, la presencia de pus mal teñido, con

los elementos deformados (signo de Colombino), la falta de otros gérmenes (orinas amicrobianas), la presencia del bacilo de Koch, al examen directo, son elementos todos, que nos dan una idea exacta del proceso.

Sucede a veces, que las cosas no son tan claras: no hay

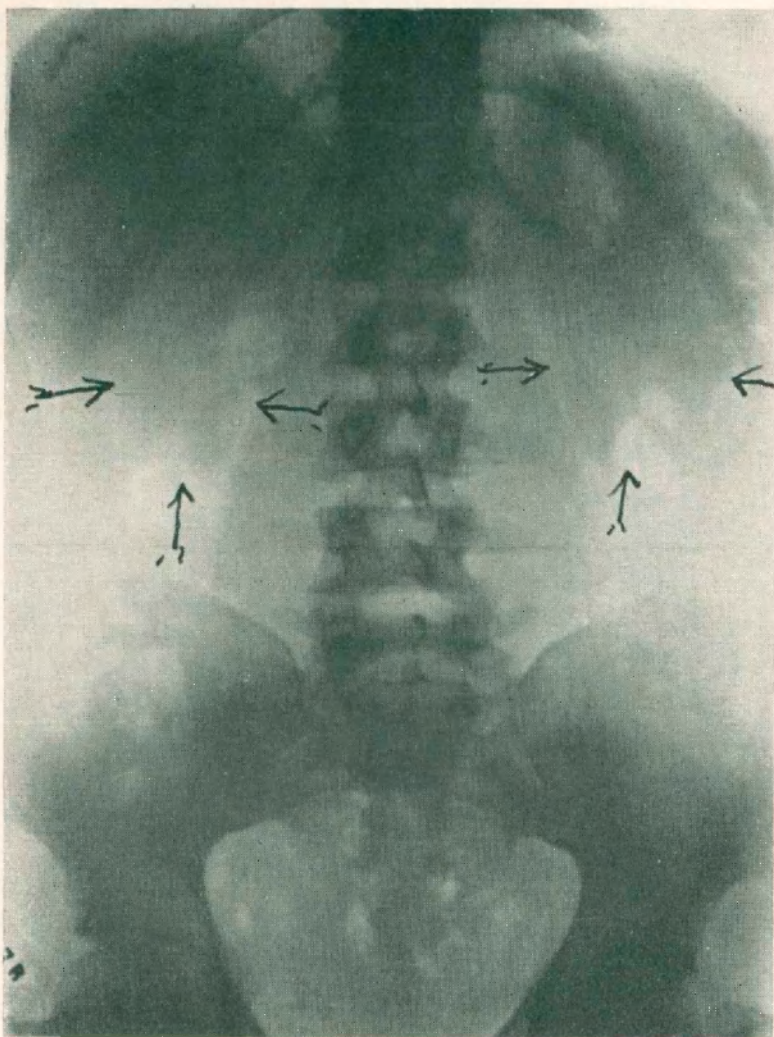


Figura 3

Historia clínica No. 78787

C. G. — Tuberculosis renal izquierda — (Pionefrosis)

bacilos de Koch, falta el signo de Colombino, la disminución uréica es poca o nada, los signos cistoscópicos poco claros, etc., y, sin embargo, se nos pide un diagnóstico etiológico. Faltan las pruebas efectivas y debemos remitirnos

frecuentemente, a las inoculaciones al cobayo que tardan de 30 a 60 días para darnos el resultado.

¿La pielografía ascendente puede, en general, suplir esta laguna? Podemos nosotros, por la imagen pielográfica, sentar un diagnóstico de tuberculosis renal. Nosotros, así lo hemos podido realizar en todos los casos que presentamos, algunos de ellos, sin haber tenido más elementos que la pielografía.

Cuáles son, pues, los signos pielográficos por nosotros descriptos y en qué se fundan? Los signos pielográficos consisten en establecer que las lesiones tuberculosas comienzan en la papila renal y siguen avanzando hasta llegar en una observación a ulcerar el colon con producción de una fístula renocólica derecha. El avance desde la papila, se hace por ulceración progresiva, en forma de geodas, con aspecto de sacabocados, que va ampliándose progresivamente de acuerdo con la antigüedad del proceso. Al mismo tiempo, tanto la pelvis renal como el ureter, se mantienen del tamaño normal y adquieren un aspecto rígido en algunos casos, que traduce el aspecto natural en este proceso.

Nuestro signo diagnóstico, lo hemos utilizado hasta ahora para establecer:

- 1o.) El diagnóstico diferencial, entre pionefrosis y pionefrosis de otro origen.
- 2o.) El estado inicial o adelantado del proceso.
- 3o.) Uni o bilateralidad de la enfermedad. En este último caso, cuál de los riñones está más destruido.
- 4o.) Propagación del proceso renal a los órganos vecinos.

### **1o.) Diagnóstico diferencial entre pionefrosis tuberculosa y pionefrosis de otro origen.—**

Se funda esencialmente en que en las pionefrosis no tuberculosas, la dilatación se inicia en el úreter o pelvis renal y de allí se propaga a la pelvis, cálices, riñón, etc., adquiriendo un aspecto de gran cavidad única, que abarca las vías excretoras en primer término. En cambio, en la pionefrosis tuberculosa, tanto el ureter como la pelvis renal, **con-**

servan su tamaño, iniciándose recién la cavidad, al nivel de la **papila renal**, de donde se extiende en forma excéntrica, y festoneada por ulceración tuberculosa hacia la corti-

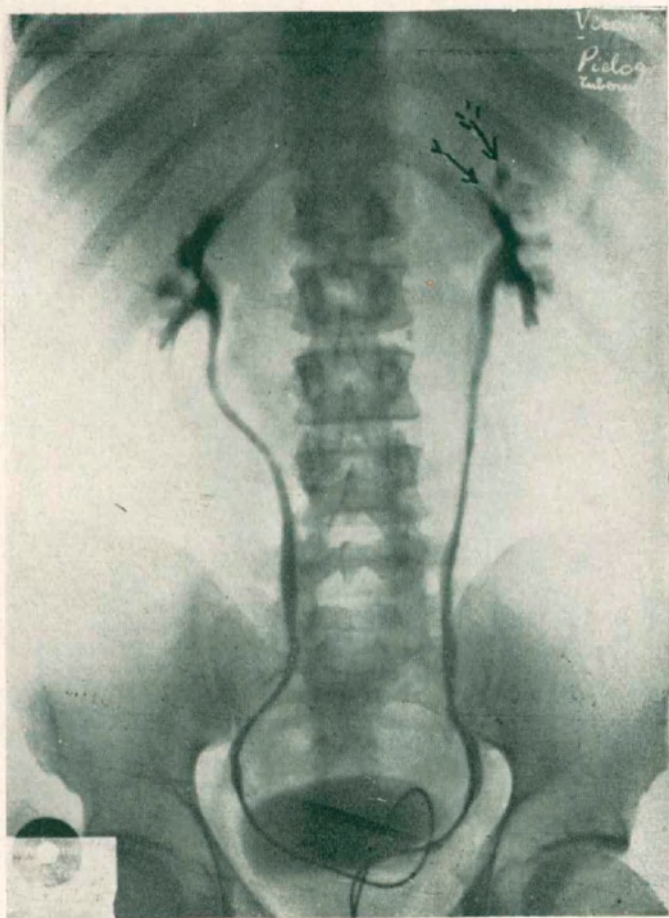


Figura 4

Historia clínica No. 1224

Tuberculosis renal izquierda — (cáliz superior) — 15 de abril 1931

cal. Las observaciones que se acompañan, corroboran en un todo lo que acabamos de describir.

## 2o.) Estado inicial o adelantado del proceso.—

De acuerdo con lo que precede, en presencia de una pielografía de un riñón tuberculoso, nosotros podemos seguir paso a paso, las distintas fases de la ulceración tuberculosa,

desde el simple borramiento del contorno del cáliz correspondiente, a la ulceración profunda y aun en casos excepcionales, como uno que se muestra, a la ulceración de un órgano vecino (intestino). Nosotros resumimos este concepto, diciendo que la pielografía mide el valor anatómico del riñón tuberculoso.

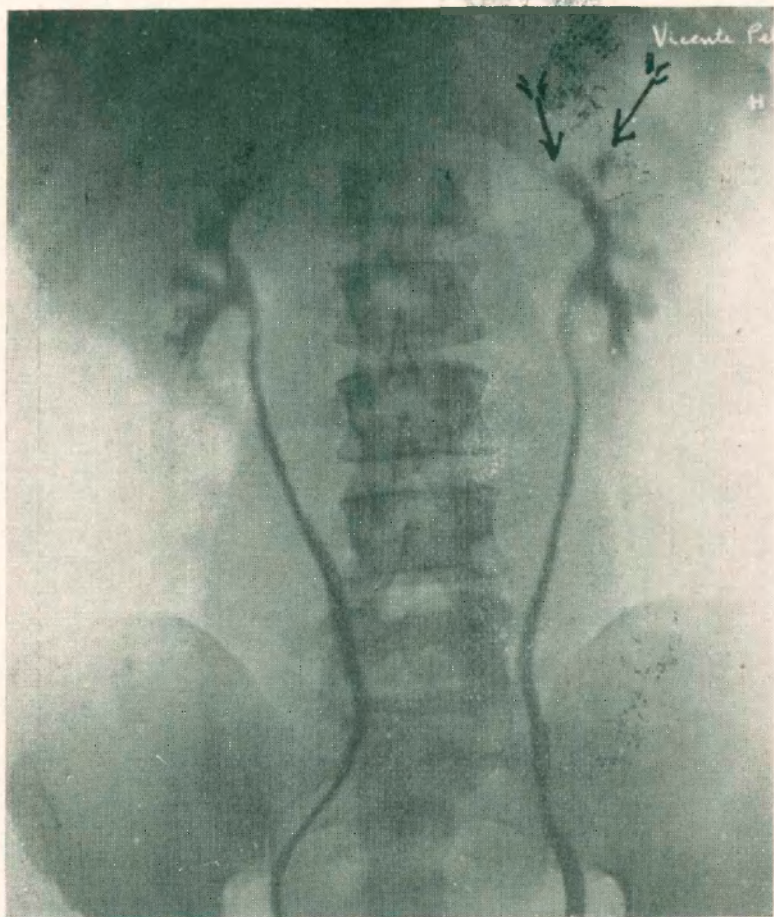


Figura 5

Historia clínica No. 1224

Tuberculosis renal izquierda (cáliz superior) — 17 de agosto de 1931.  
Se ve aumento de tamaño de la ulceración del cáliz superior. Las  
inoculaciones positivas recién a los dos meses

**3o.) Uni o bilateralidad del proceso. - En este último caso, cuál de los dos riñones está más destruido. —**

De acuerdo con los elementos diagnósticos conocidos ya, fácil nos será interpretar cuando hay una lesión de un só-



lo riñón o de los dos, por el aspecto nítido y regular del riñón sano en la parte papilar, o bien, por el aspecto borroso, festoneado, por ulceración de la misma papila y sus porciones vecinas, hasta llegar a la cortical.

Con ello podremos sentar un diagnóstico de uni o bilateralidad, si los aspectos ulcerosos papilares son dobles. En

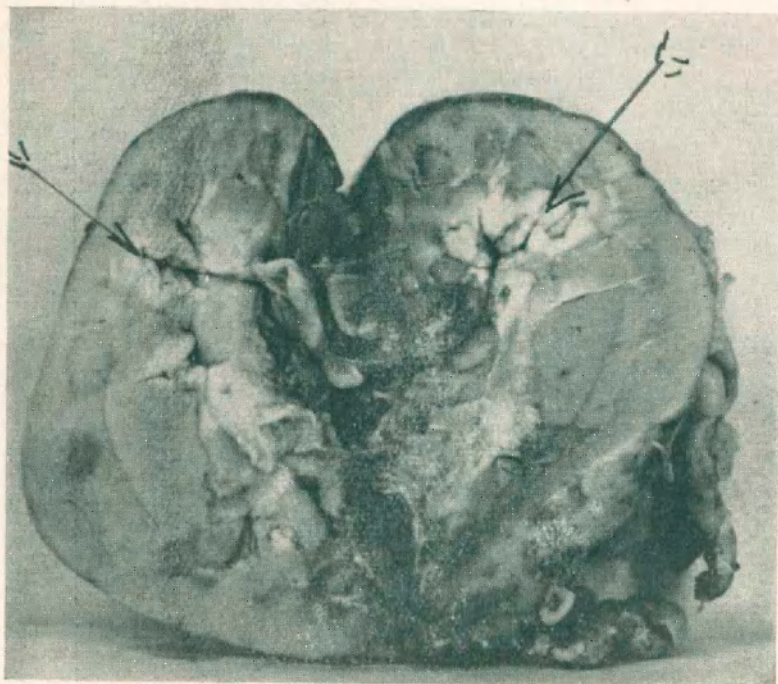


Figura 6  
Historia clínica No. 1224

Riñón tuberculoso correspondiente a las pielografías fig. 4 y 5. Las flechas indican la ulceración de la papila renal superior, única lesión a pesar de que la **nefrectomía**, fué realizada en agosto de 1932 (un año después de la pielografía)

este último caso, podemos establecer, también, de un modo muy aproximado, de acuerdo con la profundidad de las lesiones papilares, cuál de los dos órganos se halla más afectado. Este elemento de juicio, sobre el cual fuimos los primeros en llamar la atención en la Sociedad Argentina de Urología, en la sesión del día 26 de noviembre del año 1929 y en la Semana Médica No. 14 del año 1930, tiene una importancia capital, en todos aquellos casos con lesiones dobles y funcionalismo renal aproximado. En tales casos, la medida de

la destrucción renal por caseosis, puede ser hecha en forma exacta, comparando ambas imágenes pielográficas, siendo

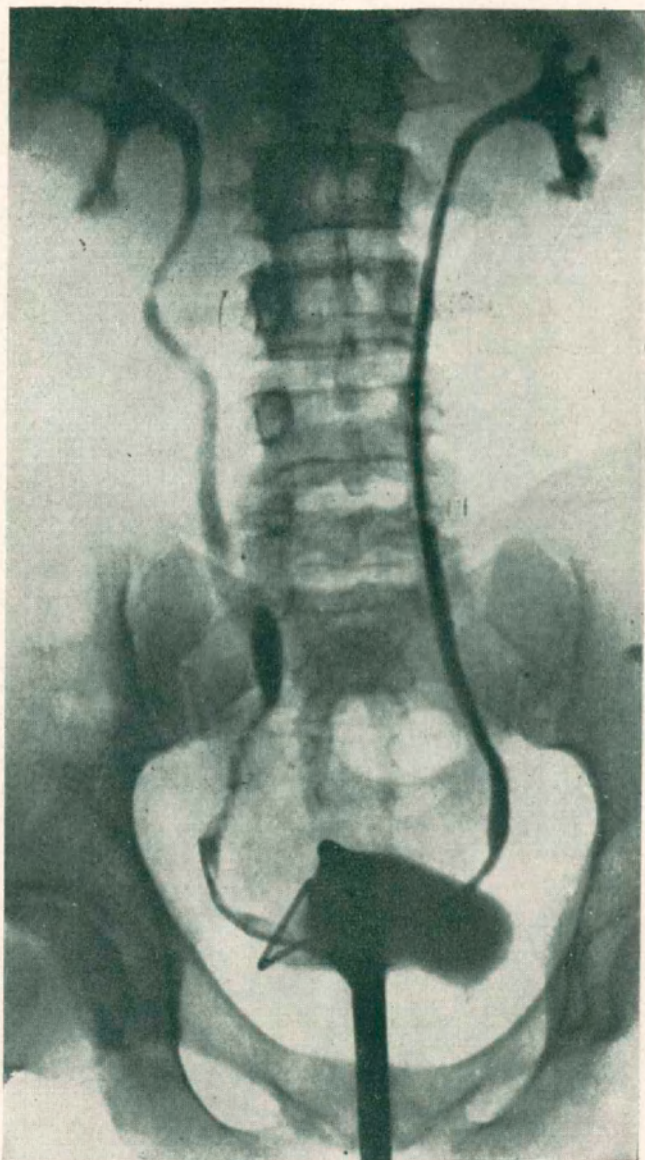


Figura 7

C. G. 45.901

Manuel Mera — Tuberculosis renal derecha. Nefrectomía — Aspecto borroso de los tres cálices derecho y del superior izquierdo

do una guía interesante para fundar en ella la oportunidad de una nefrectomía.

#### 40.) Propagación del proceso tuberculoso renal a los órganos vecinos. —

Cuando las ulceraciones tuberculosas, han franqueado los límites normales de la glándula y han invadido la región perirrenal o bien algún órgano vecino, entonces las imágenes pielográficas, traducen fielmente dichas invasiones caracterizadas por sombras que, partiendo de la papila re-

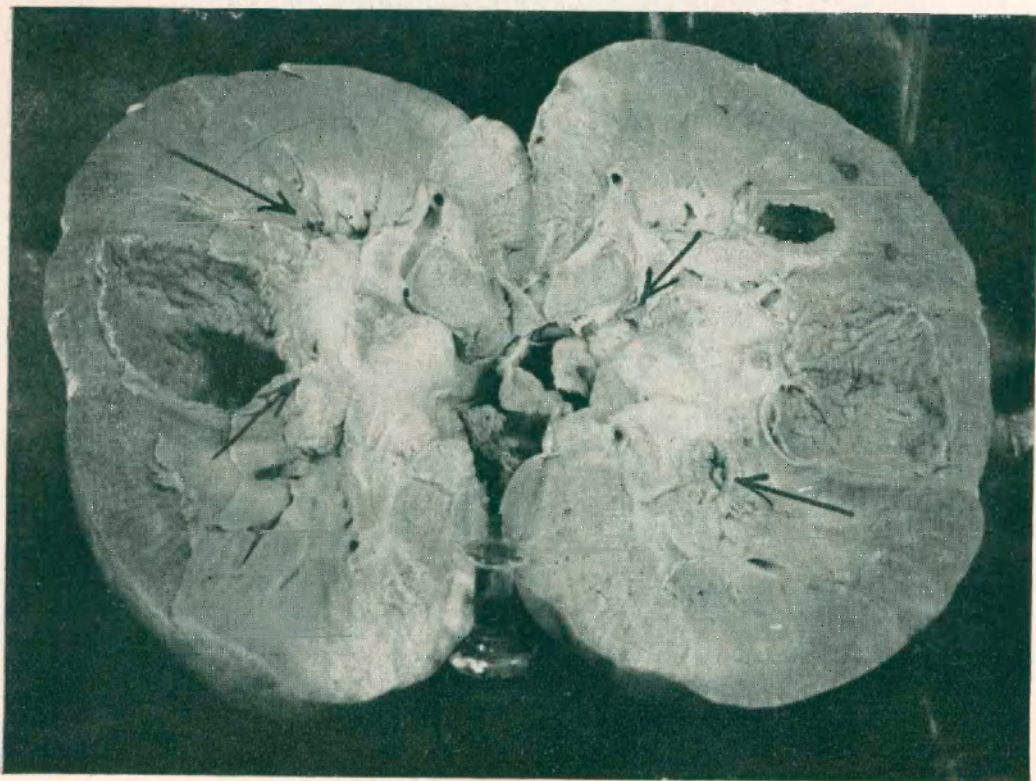


Figura 8

M. Mera — C. G. 45901

Tuberculosis inicial de las tres papilas visibles — Una cavidad quística no tuberculosa. Corresponde a pielografía fig. 7

nal, se extienden a la zona perirrenal correspondiente o bien establecen comunicación con órganos vecinos, como ser el intestino grueso o delgado, como lo hemos podido comprobar en la observación No. 13. Hasta la fecha, no hemos podido encontrar otra observación de diagnóstico de fístula renocólica, hecho antes de la intervención, excepto el caso

del Dr. Pasman, de origen calculoso y comunicado dos años después que el nuestro, en la Sociedad de Cirugía de Bs. As.

**Pielografía descendente con Uroselectan o Abrodil.—**

En todos aquellos casos, en que no es posible, por cualquier circunstancia practicar una pielografía ascendente,



Figura 9

Historia clínica No. 692

F. N. — Tuberculosis renal izquierda — Ulceraciones muy visibles de los cálices secundarios. Ureter esclerosado.

nosotros practicamos la descendente con uno de los productos antes mencionados. El uroselectan B., nos parece que dá mejores imágenes, pero los resultados obtenidos con este tipo de pielografía, son muy inciertos. Al lado del caso que hay sobras bastante aceptables de lesiones cavernosas del riñón, nos encontramos con demasiada frecuencia imá-

# **Vacuna antigonococcica del Instituto Pasteur de París**

---

Tratamiento de la BLENORRAGIA - URETRITIS aguda y sus complicaciones  
OPTALMIAS - CISTITIS - ENDOMETRITIS - SALPINGITIS  
ARTROPATIAS - SEPTICEMIAS, etc.

Fórmula: Suspensión de agua fisiológica al 8 o/oo de varias razas de gonococos. — Cada centímetro cúbico contiene 4 mil millones de gérmenes.

Presentación: CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2 cc.

---

## **CED ROC**

(Aceite esencial de Cedrus Atlántica)

Indicaciones: BLENORRAGIA aguda y crónica - PIELONEFRITIS, etc.

**TOLERANCIA PERFECTA**

Presentación: Cajas de 40 cápsulas - Dosis: 10 a 12 cápsulas diarias

---

## **BACTE COLI PHAGE**

Indicaciones: Infecciones urinarias a bacilo Coli:

COLIBACILURIAS - PIELITIS - PIELONEFRITIS - CISTITIS

Infecciones genitales a bacilo Coli:

METRITIS - SALPINGITIS - PROSTATITIS

Infecciones intestinales a bacilo Coli:

COLITIS - COLECISTITIS, etc.

Presentación: Cajas de 10 ampollas de 2 cc. - Cajas de 5 ampollas de 10 cc.

---

## **AGUA "VITTEL"**

(Aguas Sulfato - Cálcicas - Magnesiadas)

**DOS TIPOS**

### **1 - Agua "VITTEL GRANDE SOURCE"**

Posee una acción marcadamente DIURETICA y reactiva la función secretora del riñón.

### **2 - Agua "VITTEL SOURCE HEPAR"**

DIURETICA, como la Grande Source, pero por la proporción de sus sales de magnesia, tiene una acción electiva sobre las vías biliares y la glándula hepática.

Presentación: Botellas de un litro

---

Muest. y Literat. - H. Millet y J. Roux - Montevideo 160-68 - Bs. As.

**Radiografía retrógrada de las vías urinarias sin causar dolor mediante el**

# **Torotrast**

**HEYDEN**

Un bioxidsol de Torio esterilizado 25 o/o Th. O. 2  
Sus ventajas más destacadas son:

- 1) Absorción, lo más fuerte posible, de los rayos X.
- 2) Indiferencia fisiológica e inocuidad
- 3) Falta absoluta de irritabilidad.
- 4) Mezclabilidad ilimitada con todos los líquidos.
- 5) **E c o n o m í a.**

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS VON HEYDEN S. A.

**RADEBEUL - DRESDE**  
(Alemania)

Representantes: **Emilio Richter y Cia.**  
**Guatemala 4641 - Bs. Aires**

## **Instituto Biológico Argentino**

Director Científico: Dr. S. DESSY, Bacteriólogo y Anátomo-Patólogo  
Asesor Técnico: Dr. ALOIS BACHMANN, Profesor de Microbiología  
Prof. Dr. A. LUSTIC, Consultor Científico

DIRECCION y ADMINISTRACION:

RIVADAVIA 1745

BUENOS AIRES

ANALISIS de interés médico e industrial, sueros y vacunas terapéuticas, productos opo y organoterápicos, tuberculina humana y bovina para aplicaciones diagnósticas y terapéuticas en el hombre y en los animales, estudio de las epizootias.

Suero reacción de Wassermann para la sífilis, el equinococo y la tuberculosis  
Suero reacción tífica de Widal

### **FORMAMINA "BIOL"**

(INYECTABLE Y COMPRIMIDOS)

INDICACIONES: - Infecciones hepatorenales, fiebre tifoidea, neumonía, infecciones puerperales, estados toxi-infecciosos en general.

### **NUCLEO PROTEINA GONOCOCCICA DESSY**

INDICACIONES: Infección blenorragica aguda y crónica y sus complicaciones (Artritis, Epididimitis, Salpingitis, Ovaritis)

**PREPARACION DE AUTO-VACUNAS**

genes tan difíciles de interpretar, que nos vemos en la imposibilidad de fundar en ellas un diagnóstico. La relación que hay entre la eliminación de tales productos con la cantidad y calidad del parénquima renal, nos enseña que, a mayores lesiones, menos eliminación y, por lo mismo, menos relleno de las lesiones ulcerosas que nosotros necesitamos

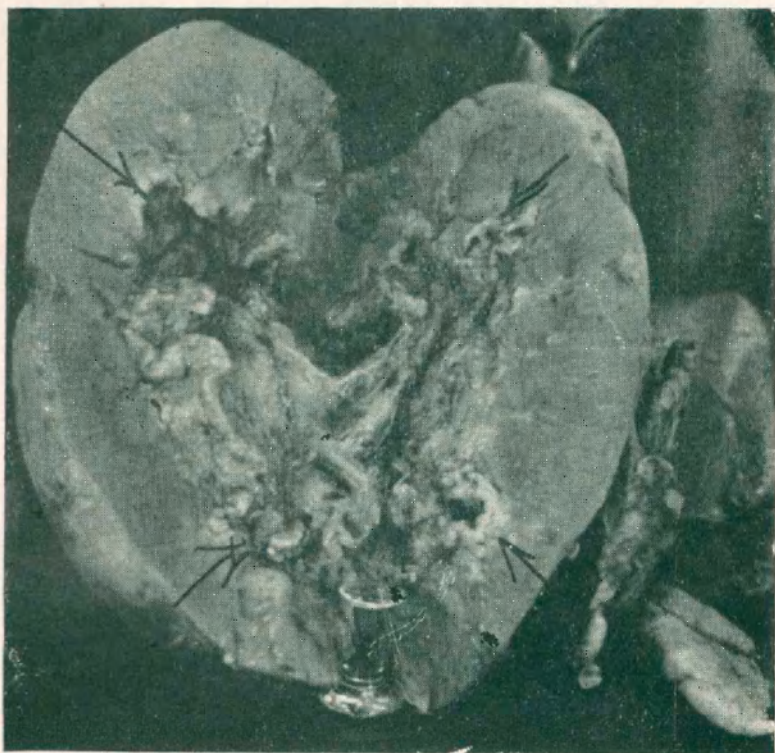


Figura 10

Historia clínica No. 692

Tuberculosis renal izquierda — Ulceraciones muy visibles de los cálices; corresponde a pielografía figura 9.

ver. Sin embargo, debemos reconocer que es un medio más, que disponemos para los casos de cateterismo imposible y que no es despreciable.

## OBSERVACIONES, MUY RESUMIDAS

10.) — Hist. 666. Tuberculosis urinaria, con bacilos en orina global. Radiografía: Riñón izquierdo grande, irregular, deformado. Riñón derecho: Contornos, forma y tamaños, normales. La nefrectomía confirmó el diagnóstico radiográfico, comprobándose una "Tuberculosis renal izquierda a forma pionefrótica". (Ver fig. 1).

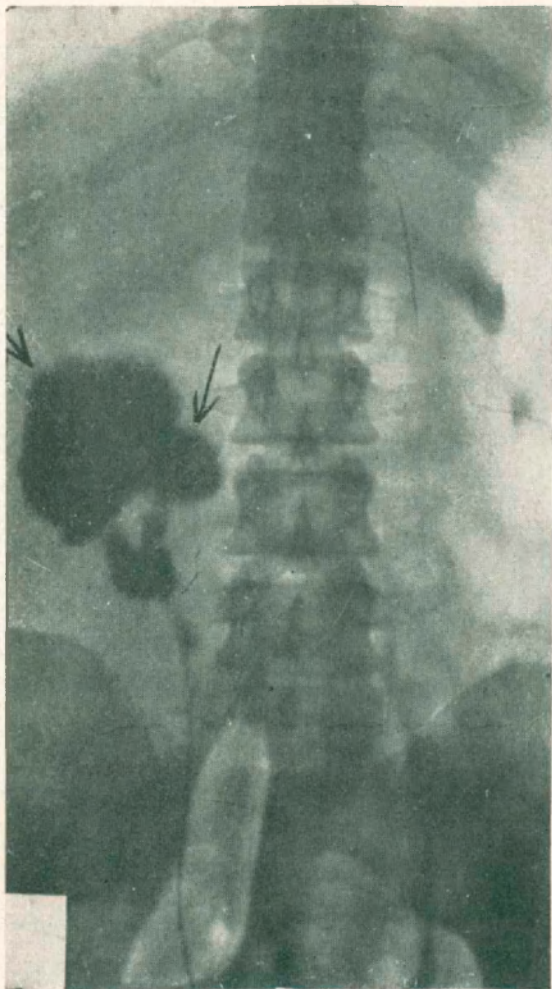


Figura 11

Historia clínica No. 721

S. T. — Tuberculosis renal derecha (pionefrosis). Cavidad pionefrótica a expensas del parénquima

20.) — Hist. 858. Tuberculosis urinaria? No se encuentran bacilos de Koch al examen directo, ni a las inoculaciones. Radiografía: izquierda, sombra renal agrandada y muy deformada. Riñón derecho, sombra regular y del tamaño normal (véase figura 2). La nefrectomía confirmó el diagnóstico radiológico, a pesar de no encontrar



bacilos de Koch en la orina, pues encontramos una "pionefrosis tuberculosa típica".

30.) — Hist. 78787. Tuberculosis urinaria, con abundante cantidad de bacilos al examen directo. Radiografía: Riñón derecho: grande, deformado e irregular en sus contornos. Riñón izquierdo: de ta-

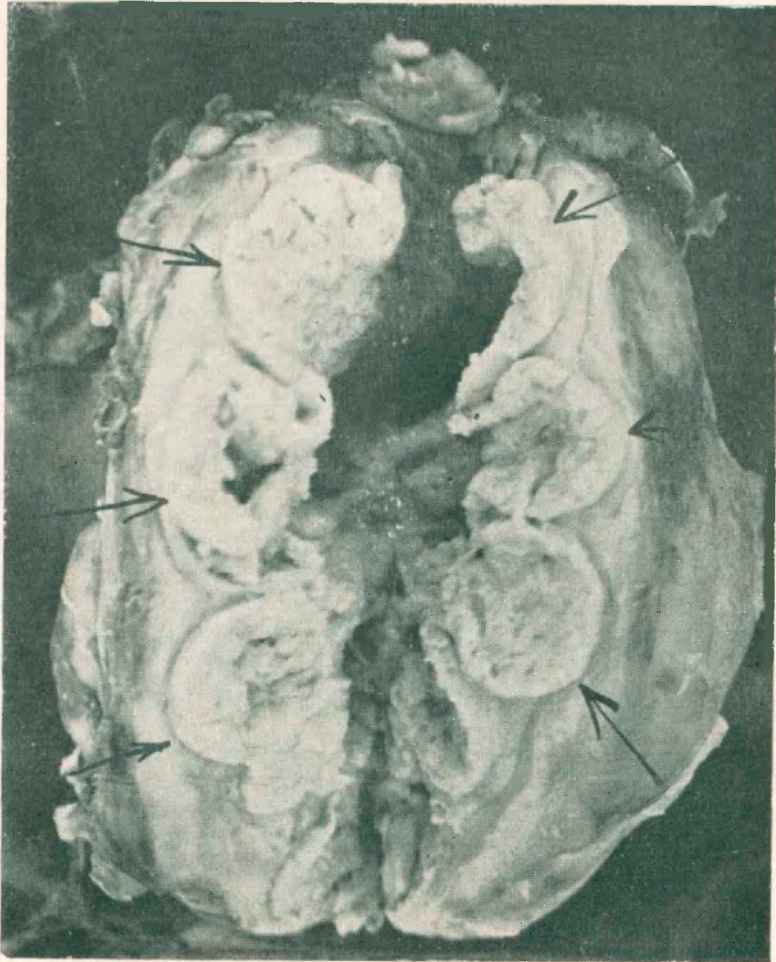


Figura 12

Historia clínica No. 721

Tuberculosis renal derecha (Pionefrosis corresponde a pielografía figura 11)

maño, forma y situación normal. (Véase figura 3). Este enfermo no ha sido operado todavía.

Las precedentes observaciones, han sido interpretadas de acuerdo con los fenómenos vesicales crónicos (cistitis) y la radiografía simple, con deformación de glándula. No se ha podido por falta de capacidad vesical, realizar ningún examen endoscópico.

Deseo insistir en que sólo cuando hay tuberculosis avanzadas, podremos sacar beneficios de la buena radiografía simple con el signo de deformación que nosotros hemos encontrado. No debemos pretender exigir a la radiografía más de lo que puede dar, ya que, en las tuberculosis iniciales, no da absolutamente nada, por la razón de que no hay modificación de densidad de parénquima, ni deformación ni agrandamiento de la glándula.

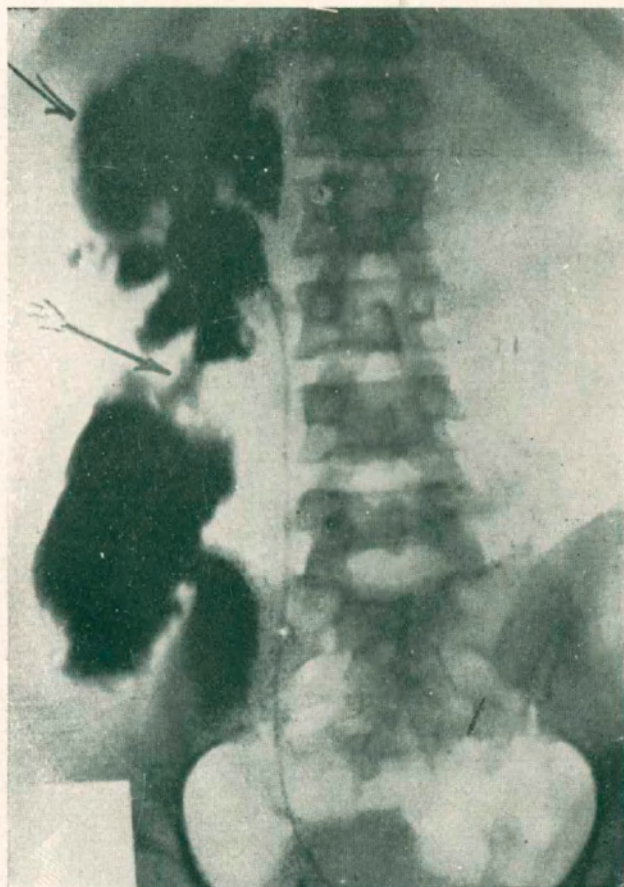


Figura 13

Historia clínica No. 702

S. G. — Tuberculosis renal derecha con fístula de intestino. Se ve muy bien tanto el proceso pionefrótico a expensas del parénquima como la fístula comunicante con el intestino.

#### DIAGNOSTICO PIELOGRAFICO

40.) — Hist. 1224. Tuberculosis urinaria, con abundantes bacilos en la orina global. Al cateterismo, no se encuentran bacilos. Es tomado, por esta razón, en algunos servicios hospitalarios, como una tuberculosis vesical. Pielografía doble: 15 de abril de 1931. Se obser-

va el caliz superior izquierdo, con dos pequeñas ulceraciones papilares, que en una nueva pielografía del 17 de agosto del mismo año, se encuentran algo más aumentadas, lo que interpretamos nosotros como una progresión del proceso. Las inoculaciones al cobayo, dan bacilos de Koch, recién dos meses después de la última pielografía y seis meses después de nuestro diagnóstico pielográfico. (Véase pielografías figuras No. 4 y 5). La nefrectomía practicada un año después de la última pielografía (agosto de 1932), comprobó la presen-



Figura 14

Historia clínica No. 702

Tuberculosis renal derecha — con fístula al intestino. Se ve el trayecto fistuloso reno-intestinal. Corresponde a pielografía fig. 13.

cia de una ulceración tuberculosa, exactamente en papila renal superior, tal como lo muestra la pielografía y con un riñón en el resto de la glándula, completamente normal. Esta observación muestra la lentitud con que se desenvuelven muy comúnmente los procesos tuberculosos, ya que los primeros síntomas del mal, databan de cuatro años atrás y también como el diagnóstico pielográfico aquí ha sido 6 meses anterior al bacteriológico. (Fig. 6).

50.) — Hist. 45.901. Tuberculosis renal derecha, con abundantes bacilos al examen directo. Pielografía doble: Riñón derecho, aspecto

borroso de los tres cálices, con muy pequeñas ulceraciones papilares. Riñón izquierdo, aspecto regular de los cálices inferior y medio y algo borroso del superior, lo que nos hace sospechar una posible lesión doble. La nefrectomía, comprobó la ulceración papilar de las terminaciones de los cálices. (Ver fig. 7 y 8, con los caracteres del riñón extirpado). Las inoculaciones de la orina del enfermo, dos años después de la nefrectomía derecha, han sido negativas, pero seguimos atentos a la pequeña deformación del cáliz superior izquierdo.

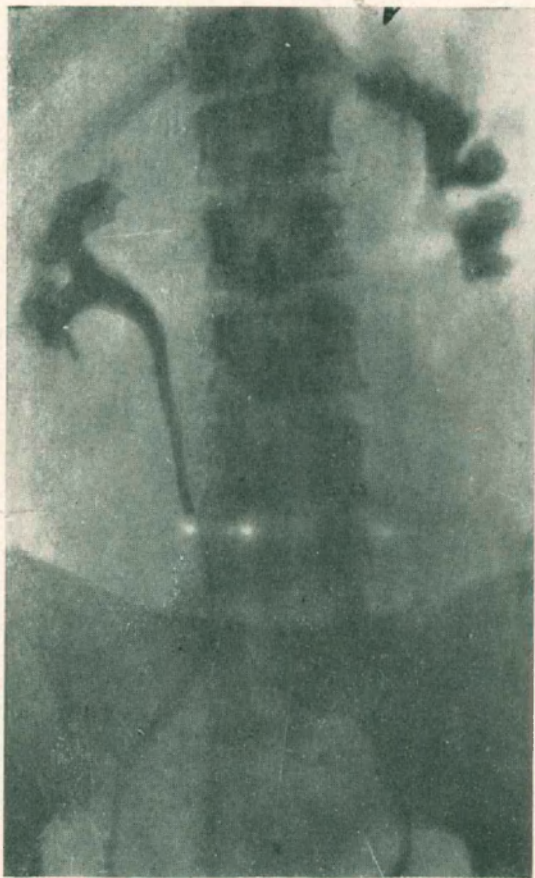


Figura 15

Historia clínica No. 752

M. F. — Tuberculosis renal izquierda (pionefrosis polo superior) — Cáliz superior agrandado y borroso. Papilas derechas borrosas — (Tuberculosis inicial)

60.) — Hist. 682. — Tuberculosis renal izquierda, a pesar de no encontrarse bacilos de Koch al examen directo. Pielografía izquierda cálices secundarios anchos, de bordes festoneados, por ulceraciones tuberculosas, muy aumentados en su tamaño: la pelvis renal es del tamaño normal y el ureter engrosado y rígido (pionefrosis a expensas del parénquima con pelvis normal y ureter rígido). La nefrectomía practicada en agosto de 1929, comprobó tratarse de una "Tuber-

culosis renal izquierda, forma úlcero-caseosa", en un todo de acuerdo con el diagnóstico pielográfico y, a pesar de la falta de bacilos de Koch. (Ver fig. 9 y 10).

7o.) — Hist. 721. Tuberculosis renal derecha, a pesar de que el cateterismo ureteral y examen de orina no demuestra la presencia de bacilos de Koch. Pielografía derecha: la pelvis renal de tamaño



Figura 16

Historia clínica No. 752

Tuberculosis renal izquierda — Corresponde a pielografía fig. 15, con su ulceración de cáliz superior

normal, comunica por medio de dos cálices tubulares, con una gran cavidad de bordes festoneados y formada exclusivamente a expensas del parénquima renal (signo pielográfico de tuberculosis) y el aspecto festoneado, se debe exclusivamente a las ulceraciones papilares profundas (ver fig. No. 11). La nefrectomía realizada el 1o. de di-

ciembre de 1929, encuentra una "Tuberculosis renal, a forma pionefrótica" (ver fig. No. 12).

80.) — Hist. 702 Tuberculosis renal derecha, con bacilos de Koch en la orina. Pielografía derecha: ureter del tamaño normal, la pelvis globulosa, ligeramente dilatada y comunica con un cáliz superior agrandado por una enorme cavidad, a expensas del parénquima renal y

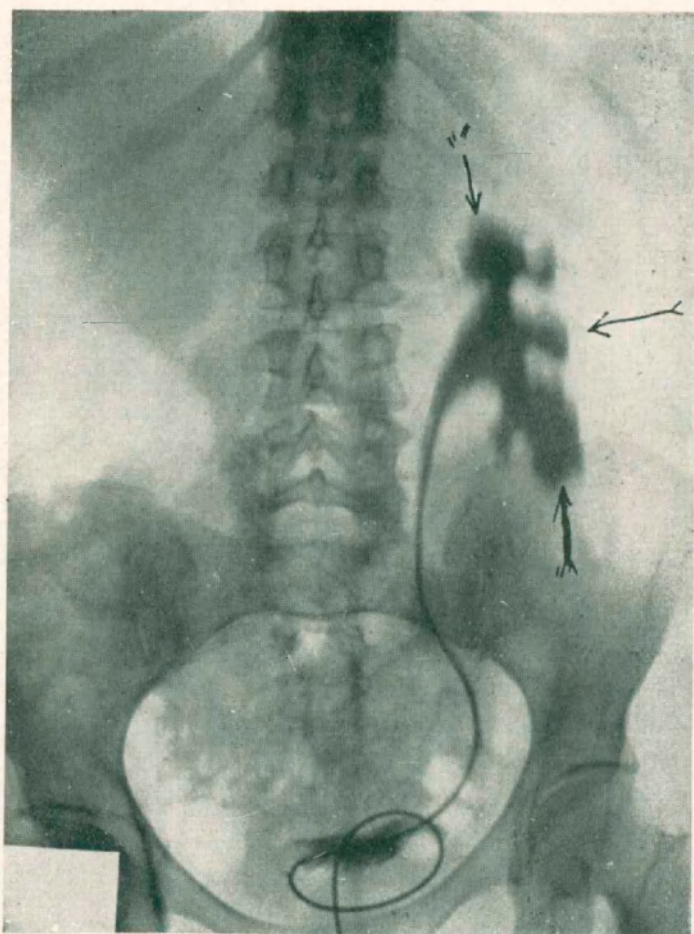


Figura 17

Historia clínica No. 1043

Tuberculosis renal izquierda (Pionefrosis con ulceración de los tres cálices, a expensas del parénquima). Sin bacilos.

tres cálices, medio e inferior algo irregulares y, también, agrandados: el cáliz más inferior, tiene comunicación tubular con el colon ascendente, que se rellena de substancia opaca al igual que el ciego. (Ver fig. 12).

La nefrectomía realizada por los Dres. Cosentino y Cassinelli, en julio de 1929, comprueba la presencia de una fístula tuberculosa reñicólica, de acuerdo con la pielografía y también que la pionefrosis

tuberculosa, se hizo exclusivamente a expensas de la glándula, sin modificar la pelvis renal (signo de tuberculosis); (ver fig. 13 y 14).

9o.) — Hist. 752. Tuberculosis renal izquierda, comprobada por inoculación al cobayo. Pielografía doble: Riñón izquierdo, ulceración del cáliz superior que va profundamente hasta muy próximo de la cápsula: el resto de los cálices y pelvis, así como el riñón derecho, son normales. Pensamos en tuberculosis dos meses antes de que las

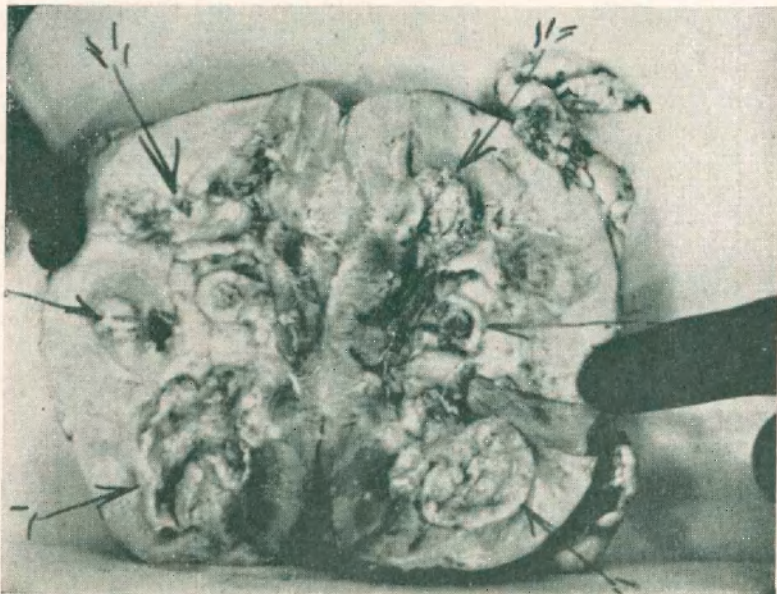


Figura 18

Historia clínica No. 1043

Corresponde a pielografía fig. 17. Se pueden observar las ulceraciones de la pielografía

inoculaciones fueran positivas, por la imagen destructiva de la papila superior, que no se encuentra en ningún otro proceso supurado. La nefrectomía practicada en noviembre de 1929, comprobó la presencia de una ulceración tuberculosa del cáliz superior, de acuerdo con nuestro diagnóstico pielográfico (ver figuras 15 y 16).

10o.) — Hist. 1043. Tuberculosis renal, a pesar de no hallar bacilos de Koch, al examen directo. Pielografía: Riñón izquierdo, tres grandes ulceraciones de los tres cálices y papilar correspondientes, pelvis y ureter no modificado (pionefrosis a expensas del parénquima). (Ver fig. No. 17). La nefrectomía practicada en agosto de 1931, comprobó tratarse de una "Tuberculosis renal izquierda, a forma pionefrótica", en un todo de acuerdo con nuestro diagnóstico pielográfico (ver fig. 18), correspondiente al riñón extirpado.

110.) — Hist. 1085. Tuberculosis renal izquierda, a pesar de no encontrar bacilos de Koch, en la orina. Pielografía: Riñón izquierdo, tres grandes cavidades exactamente al nivel de los tres cálices principales, correspondientes a pérdida de substancia, por el proceso destructivo tuberculoso. Conviene en la interpretación de esta pelécula saber que la ulceración media corresponde al cáliz medio, que, por

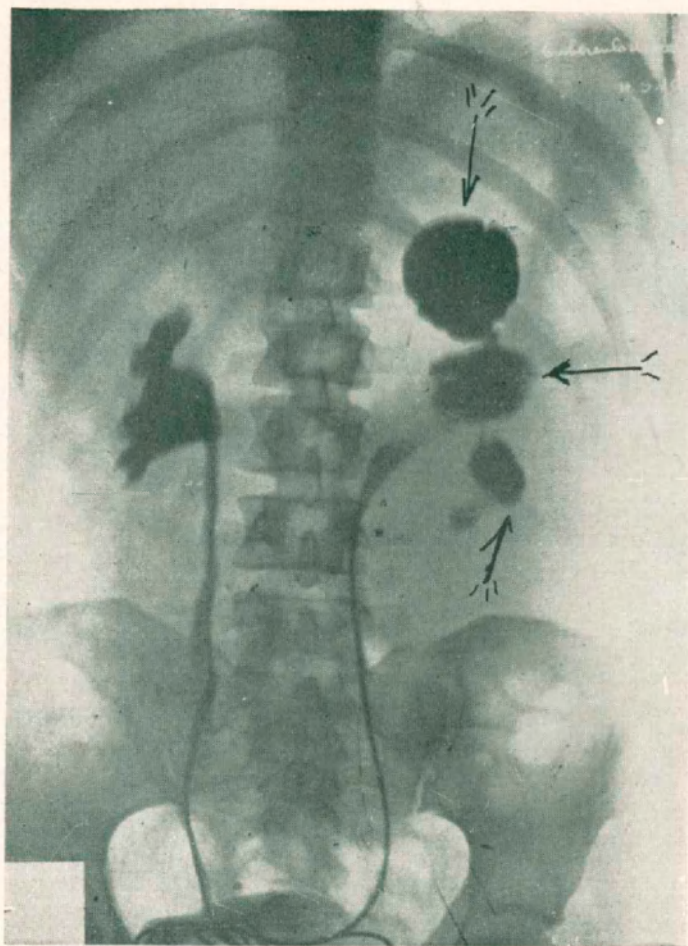


Figura 19

Historia clínica No. 1085

Tuberculosis renal izquierda, con tres grandes ulceraciones. La media que parece pelvis dilatada, corresponde al cáliz medio superpuesto. (Pionefrosis a expensas del parénquima).

estar superpuesto a la pelvis renal, simula una pelvis renal distendida, al contrario de lo que resultó en la pieza extirpada que se encontró una pelvis más bien pequeña, como puede verse en la figura correspondiente. En riñón derecho con pelvis discretamente dilatada, seguramente por suplencia funcional de ese lado, signo que nosotros hemos observado muchas veces.



La nefrectomía realizada en noviembre de 1931, permitió comprobar la presencia de una "Tuberculosis renal a forma pionefrótica", con cavidades exactamente iguales a las mostradas en la pielografía (ver figura 19), como puede verse en la figura No. 20, correspondiente al riñón extraído.

12o.) — Hist. 1104. Tuberculosis renal derecha, con bacilos de Koch, al cateterismo ureteral. Pielografía doble. Lesiones ulcerosas

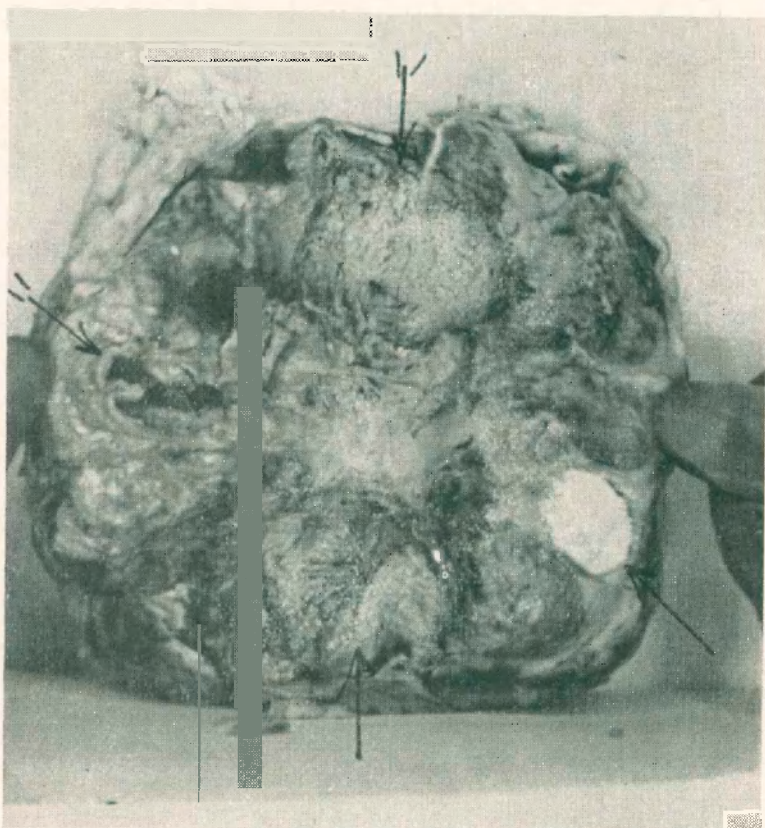


Figura 20

Historia clínica No. 1085

Riñón correspondiente a pielografía fig. 19. Pueden observarse las ulceraciones iguales a la pielografía. La pelvis es normal.

del cáliz superior derecho, con resto de los cálices, pelvis y ureter normal. En el cáliz superior izquierdo, también se encuentra una lesión ulcerosa menos profunda que en el derecho y, además, una imagen lacunar en parénquima, lo que hace sospechar, a pesar de no hallarse bacilos, de que se trata de una tuberculosis renal doble, a máximo derecho. La presencia de pus, con estreptococos, indica un proceso supurado, que nosotros vigilamos del punto de vista tubereu-

loso. (Ver figura 21). La nefrectomía realizada, comprueba la presencia de una ulceración del cáliz superior (ver figura 22), con integridad del resto de la glándula tal como aparece la pielografía.

13o.) — Historia 1240. Tuberculosis renal izquierda, con bacilos de Koch en orina global y cistitis desde hace 10 meses. Cateterismo imposible por falta de capacidad vesical. Pielografía descendente con uroselectan b. Se puede observar, la rápida y buena eliminación de

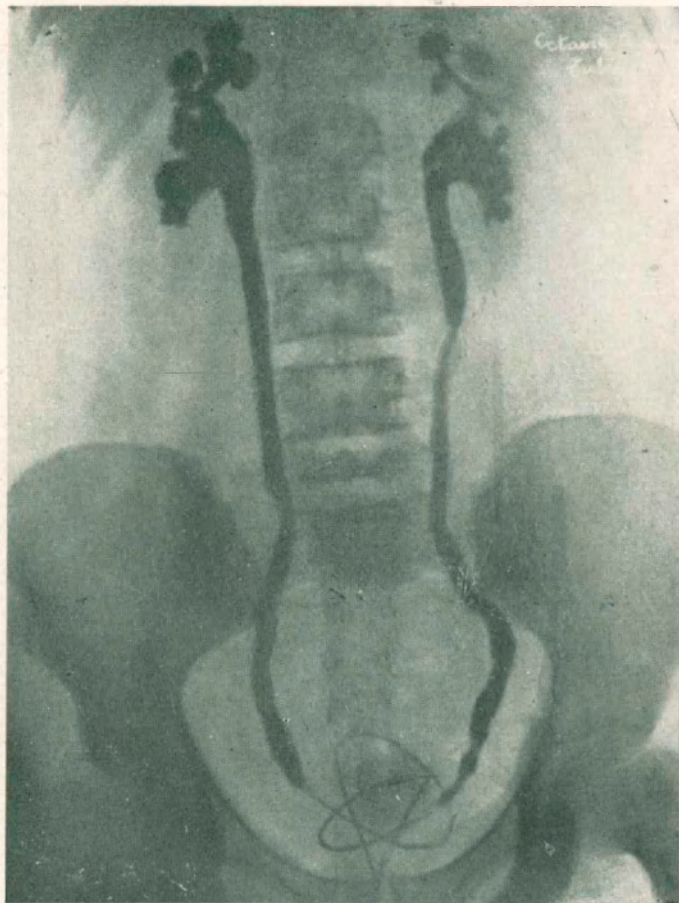


Figura 21

Historia clínica No. 1104

Tuberculosis renal derecha con ulceración de cáliz superior

la substancia, a los 10' y mejor todavía, a los 30' por parte del riñón derecho. En cambio, ni a los 10', 20', ni 30', se puede observar ninguna eliminación de importancia por parte del riñón izquierdo, el que por esta circunstancia, agregado a que hay dolor en los puntos renoureterales, consideramos suficiente para fundar un diagnóstico de tuberculosis renal izquierda (ver fig. 23 y 24). La nefrectomía practicada recientemente, según pieza anatómica, cuya figura 25, se

muestra, sirve para comprobar las lesiones ulcerosas de todos los cálices y destrucción avanzada del parénquima, lo que explica fácilmente la falta de eliminación del uroselectan por una glándula tan enferma.

Aquí el uroselectan, dando una imagen negativa del riñón izquierdo y una muy buena eliminación por el derecho fué interpretado con signo inequívoco de una tuberculosis izquierda y funciona-



Figura 22

Historia clínica No. 1104

Tuberculosis del cáliz superior, de acuerdo con la pielografía

lismo no sólo bueno del derecho, sino ya con hipertrofia compensa-  
tiz del derecho, demostrada por la abundante y precoz eliminación  
del uroselectan.

14) — Hist. 61043. C. G. Tuberculosis renal derecha, comprobada  
por la presencia de bacilos en la orina del cateterismo. Pielografía  
derecha: Riñón derecho, con grandes cavidades ulceradas, festonea-  
das en cáliz inferior y medio, a expensas exclusivamente del parén-  
quima renal, el cáliz superior dilatado, tiene contornos regulares y

normales, de modo que la lesión en este caso es de cáliz medio e inferior, la pelvis renal y el ureter sin modificaciones. Este caso no ha sido operado. (Ver fig. 26).

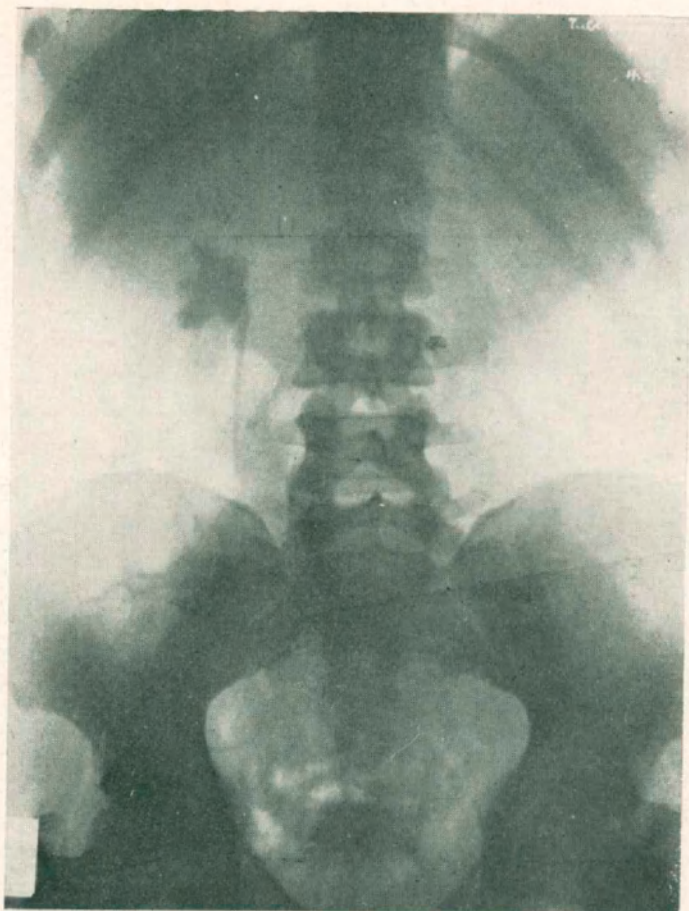


Figura 23

Historia clínica No. 1240

Tuberculosis renal izquierda. El uroselectan aquí, demuestra falta de eliminación del riñón enfermo y muy buena, derecha 20'.

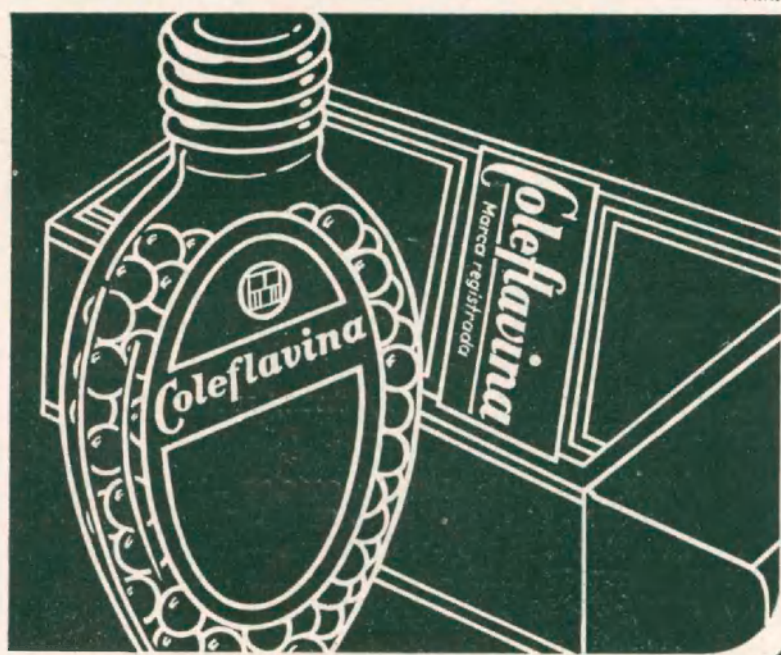
### Conclusiones.—

Después de lo que antecede, estamos en condiciones de poder concluir lo siguiente:

1o.) — Existen deformaciones características de las sombras renales en los casos de tuberculosis avanzadas, que la radiografía simple traduce con toda claridad, cuando se sigue una buena técnica radiográfica.

# COLEFLAVINA

M.R.



## **COLAGOGO Y ANTISEPTICO** **DE LAS** **VIAS BILIARES Y URINARIAS**

Indicado especialmente en:  
colangitis, colecistitis, colelitiasis, ictericia infecciosa, pelvitis, cistitis, y para la profilaxis de los ataques.

Frasco de 60 píldoras.



LA QUIMICA "*Bayer-Meister Lucius*" S. A., ALSINA 1644/52, Bs. AIRES

# UROLITINA SERONO

Diurético, antiúrico y desinfectante de las vías urinarias

(GRANULAR EFERVESCENTE)

Preparada en el "Instituto Massone"

**Fórmula:** Bicarbonato de litina, Salicilato de litina, Exametilentetramina, Bicarbonato de sodio, Acido cítrico, Yoduro de rubidio y Extracto seco de estrofanfo.

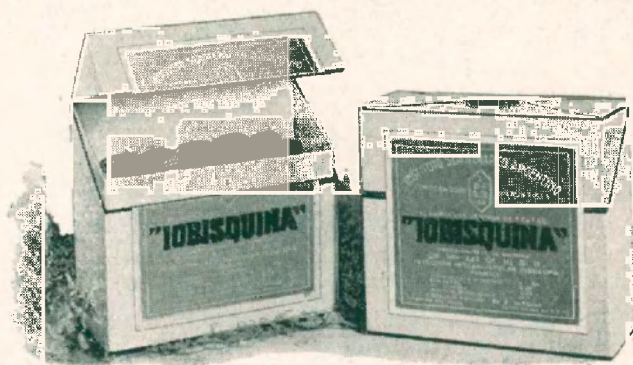
**Indicaciones:** Por las sales de litio y de rubidio, está indicada en el tratamiento de las formas artríticas y gotosas, en las arenillas, en el reumatismo y en la calculosis renal, actuando, por la hexametilentetramina, como óptimo antiséptico de las vías urinarias en todas las formas de cistitis y pielonefritis.

**Dosis:** Disolver el contenido de 3-4 cucharadas, usando la que acompaña al frasco, en un litro de agua pura, a beberse diariamente, sola o mezclada con vino o leche.

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFIA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS  
QUE LAS SOLICITEN

Dirigirse a: **HIJOS DE ATILIO MASSONE** - Calle Córdoba 2088-92 - Bs. Aires  
Sucursal en **CHILE:** Calle San Antonio 437 - Cas. de Correo 3584 - **SANTIAGO**  
**BRASIL:** Ancona, López y Cía., Rua Boa Vista 3 - 3o. andar. — S. Pablo  
**URUGUAY:** F. Greco y Cía., Uruguay 1227 - 31 — Montevideo  
**PARAGUAY:** G. Peroni, Palma 28 — Asunción

## IOBISQUINA "ISA"



Suspensión oleosa de iodobismutato de quinina; muy tolerable  
y absolutamente indolora

0.20 ctgrs. de sal por amp. de 2 cc. — Cajas de 10 amp. - jeringas

DOSIS EXPERIMENTALES A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

**INSTITUTO SEROTERAPICO ARGENTINO**

Córdoba 2050

Buenos Aires

2o.) — La pielografía ascendente, nos muestra las ulceraciones tuberculosas, que van desde la papila a la cortical sin modificar para nada la pelvis renal (signo pielográfico de tuberculosis). Además la pielografía mide el grado de destrucción renal y permite sospechar las tuberculosis do-

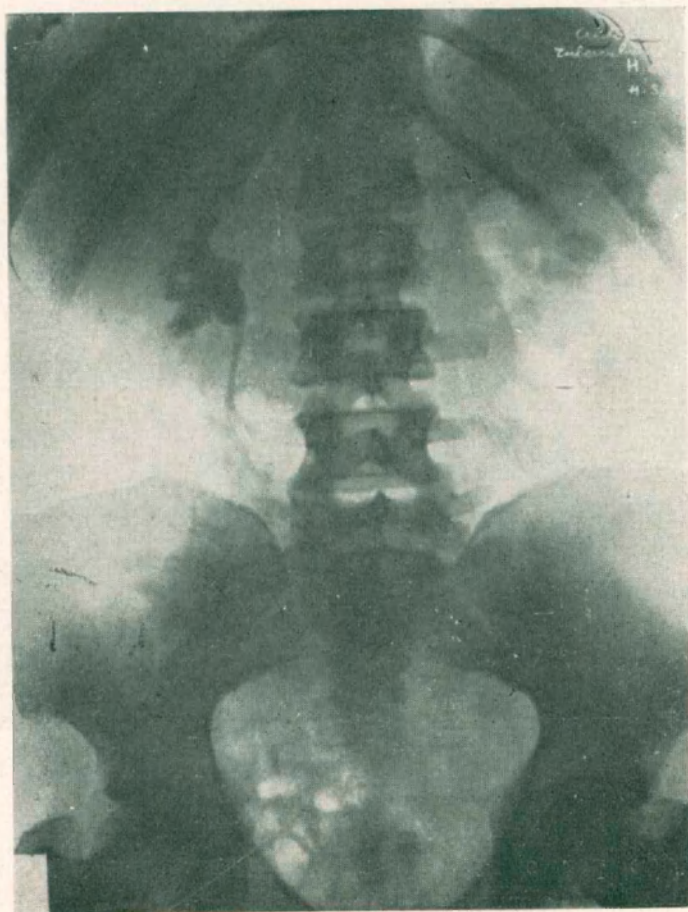


Figura 24

Historia clínica No. 1240

Tuberculosis renal izquierda. El uroselectan a los 30' no se elimina casi nada

bles antes de ser descubiertas en la orina. Las observaciones 6, 7, 10 y 11, son un ejemplo de lo que acabamos de decir.

3o.) — La pielografía descendente, con uroselectan o abrodil, permite también con cierta frecuencia, encontrar el riñón enfermo o el más enfermo. Sin embargo, sus imágenes no pueden compararse, con las obtenidas con la pie-

lografía ascendente y los detalles anátomo-patológicos del riñón tuberculoso, no son vistos ni aproximadamente como la pielografía descendente. Nosotros reservamos esta última, sólo en los casos en que no hay posibilidad de practicar la ascendente.



Figura 25

Historia clínica No. 1240

Riñón destruido por el proceso tuberculoso, de acuerdo con mala eliminación de uroselectan

40.) Ni la pielografía ascendente, ni la descendente, ofrecen ningún peligro para el sujeto y ambas son perfectamente toleradas, sin despertar la ascendente, los dolores que caracterizan la pielografía sobre riñón normal.

50.) El estudio macroscópico de las piezas extirpadas por nefrectomía, comprueba en todos los casos, la perfecta correlación entre los datos de la pielografía, especialmente ascendente y las lesiones anátomo-patológicas de dichos riñones.



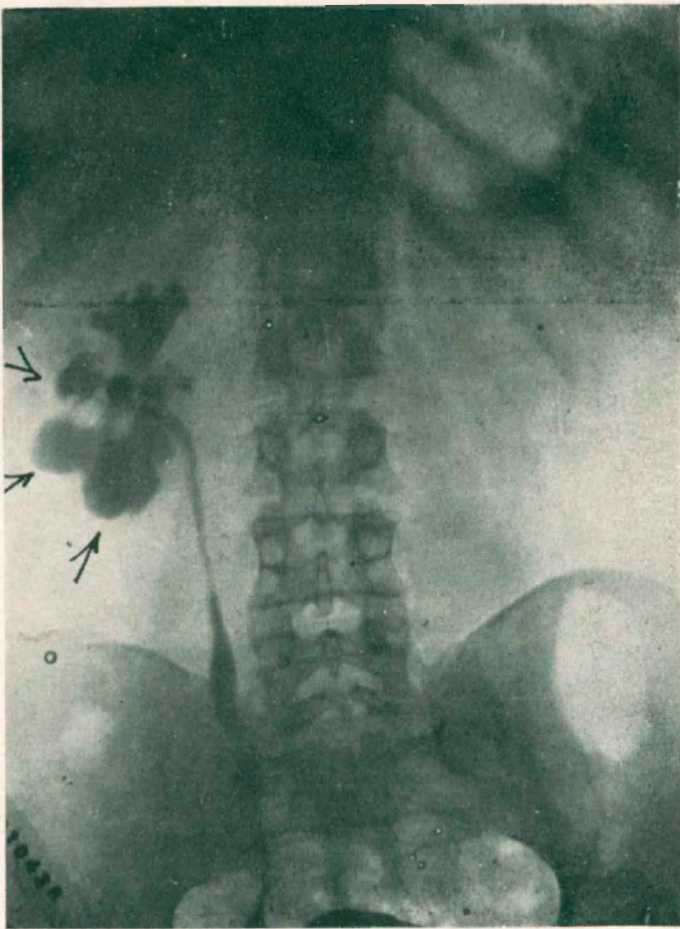


Figura 26

Historia clínica No. 61043

C. G. — Tuberculosis renal derecha. (Pionefrosis a expensas del parénquima). Cáliz superior dilatado, pero no tuberculoso