

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI
y JOSE GALDOS SOSA

LA HEMATURIA EN EL CANCER DE RIÑON

QUEREMOS aprovechar la oportunidad que nos brinda el hecho de efectuar esta reunión de la Sociedad Argentina de Urología en presencia de nuestros distinguidos colegas marplatenses para hacer notar una vez más un hecho de incontrovertible valor, como es la importancia diagnóstica de la hematuria como síntoma inicial del cáncer del aparato urinario y especialmente del riñón.

A pesar de esta noción de orden clásico, es llamativo todavía el número de enfermos que concurre al urólogo mucho tiempo después (años a veces) de la manifestación primera y no por abandono, ya que difícilmente deja de constituir una manifestación alarmante, cualquiera que sea la categoría y mentalidad de quien la padezca, sino porque el mismo médico contribuye con su tratamiento sintomático, por desgracia a veces exitoso, a esta pérdida de tiempo, que, retardando el diagnóstico podría hacer irrealizable la única terapéutica efectiva: *La nefrectomía*.

Nuestras conclusiones se basan en el estudio de 30 casos inéditos a los cuales se refieren todas las pielografías que presentamos, así como las historias sumarias que transcribimos. En esos 30 casos la hematuria apareció sola o asociada al dolor en 25, o sea 83 %.

El dolor fué la manifestación del cáncer en 2, o sea 6 % y el tumor en 3 oportunidades, o sea el 10 %.

HISTORIA N° 1.

J. C., 52 años. casado. Fecha de entrada: Noviembre 23 de 1913.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Padre: Falleció de tuberculosis a los 42 años. Madre: Falleció de congestión pulmonar.

Antecedentes personales. — Reumatismo gotoso. Blenorragia hace 32 años, que curó sin dejar vestigios.

Enfermedad actual. — Desde hace aproximadamente cuatro años viene sintiendo una molestia en la región renal izquierda, no presta mayor atención a ella hasta hace cinco meses en que una noche es despertado por un fuerte dolor localizado en la fosa iliaca izquierda. Llama a un facultativo, que le indica purgante y enema. Al ir al servicio, orina una gran cantidad de sangre y coágulos. Consulta a su médico, quien indica una intervención renal izquierda, a lo que se niega. Con intervalos, al principio de tres a cuatro semanas, y luego cada dos o tres días, continúa emitiendo orina sanguinolenta y con coágulos, hasta que hace tres semanas tiene una hemorragia de media hora de duración, fuera de toda micción y de sangre roja.

Examen del enfermo. — Sujeto bien constituido, de buen estado de nutrición. Piel y mucosa pálidas. Corazón y pulmones, nada de particular. Lengua saburral.

Uretra libre en toda su extensión. Vejiga poco sensible al contacto y la distensión. Próstata, no se palpa.

Riñón izquierdo. — Muy aumentado de volumen, del tamaño de una cabeza de feto, de superficie irregular, algo doloroso a la palpación. El polo inferior se palpa al nivel del ombligo.

Cistoscopia. — Vejiga sana. Uréteres grandes, dilatados. Se nota un coágulo alargado, de forma ureteral que hace saliencia en la vejiga y obstruye el ureter izquierdo.

Cateterismo ureteral. — Se hace cateterismo ureteral doble, siendo los uréteres completamente permeables. Se hace poliurea experimental, constatando el riñón derecho normal, mientras que el izquierdo no da orina. Sale un poco de sangre de este último cateter, y toda tentativa para desobstruirlo resulta estéril. Se hizo la prueba del azul de metileno, dando el riñón derecho la presencia del cromógeno a los cuarenta y cinco minutos.

Operación. — Anestesia general con cloroformo. Nefrectomía por encontrarse un riñón grande en degeneración neoplásica completa.

La degeneración es más notable en el polo inferior, donde parece haber reemplazado completamente la substancia renal. Se retiró la sonda ureteral, dejando un drenaje conveniente.

Post-operatorio. — Después de tres días de temperatura, que ha llegado hasta treinta y nueve grados y medio, comienza el enfermo una mejoría estable. Se retiran las suturas de la piel y se cambian los tubos de drenaje.

Enero 21 de 1914, habiendo cerrado completamente la herida y encontrándose bien el enfermo se le da de alta.

HISTORIA N° 2.

E. S., 56 años, argentino, casado. Fecha de entrada: Septiembre 3 de 1913.

Diagnóstico. — Tumor del riñón derecho. Carcinoma.

Antecedentes hereditarios. — Padre y madre vivos y sanos. Trece hermanos, de los cuales tres fallecieron.

Antecedentes personales. — Sarampión y varicela en su primera infancia. Constipado. Niega venéreas. Fumador y hasta hace dos años, regular bebedor.

Enfermedad actual — El 2 de Noviembre del año pasado, después de un viaje de siete leguas, fué a vaciar su vejiga y vió con sorpresa que su *orina salía mezclada con sangre*, del principio al fin de la micción, todo esto sin dolor alguno.

A las dos horas vuelve a orinar claro. La hematuria desapareció hasta el día siguiente, en que no puede efectuar la micción, sintiendo mucho dolor en la uretra, cerca del meato. Después de un rato de esfuerzo, consigue orinar de a poco. Salía, dice el enfermo, un coágulo y luego un poco de orina con sangre, y así continuó, hasta la una de la tarde, que después de salir dos coágulos largos, consiguió vaciar por completo su vejiga. Orinas sanguinolentas. Después de ésta las hematurias desaparecieron, orinando cada tres horas de día y dos a tres veces en la noche, sin dolor, siendo sus orinas claras. Así continuó, hasta mediados de Diciembre, en que notó que sus orinas eran nuevamente sanguinolentas, *durante la última hematuria tres días*, con la particularidad que a estas micciones sanguinolentas se intercalaban otras orinas claras. No había dolor y orinaba cada dos, tres o cuatro horas. Sigue nuevamente bien hasta mediados de Enero de 1915. De regreso de un viaje a caballo *vuelve a tener hematurias durante tres días*. El 16 de Febrero tiene que hacer grandes esfuerzos para vaciar su vejiga, previa expulsión de numerosos coágulos. Sentía entonces grandes dolores en los flancos y región lumbar. *La hematuria duró tres días, desapareciendo al segundo los dolores*. Las hematurias continúan con la misma periodicidad en Marzo y Abril; pero aparece un nuevo síntoma: *al acostarse siente el enfermo un fuerte dolor en la región renal derecha*, que le obliga a sentarse en la cama media hora antes de poder conciliar su sueño. Este síntoma aún dura. En Mayo, un solo día de hematuria. *Desde el 8 de Junio al 26 de Agosto, las hematurias son casi continuas*, con pequeños intervalos de micciones claras; los dolores y la frecuencia de micción aumentan. El día 26 de Agosto desaparece la hematuria hasta la fecha. Dice el enfermo que poco ha adelgazado durante su enfermedad. Apetito conservado. Sus hematurias las trataba con medicación casera.

Estado actual. — Sujeto bien constituido, regular panículo adiposo. Aparato respiratorio y circulatorio, nada de particular. Aparato urinario: Uretra de buen calibre. El testículo izquierdo blando, atrofiado y doloroso a la palpación. Tiene su epididimo aumentado de volumen. Canales deferentes y próstata normales.

Cistoscopia. — Vejiga de buena capacidad. Venas varicosas. Se hace cate-
terismo de los uréteres, consiguiendo franquear con facilidad el izquierdo, no así
el derecho, el que se detiene en seguida la sonda.

Riñón derecho. — A la inspección se nota un abovedamiento en la región
derecha, bien marcado, y que no sigue los movimientos respiratorios. A la
palpación, un enorme tumor movable que pelotea con facilidad, de tamaño análogo
a la cabeza de un feto, de superficie bastante regular, que parece emitir una
prolongación hacia la izquierda, por debajo del reborde costal. La palpación no
es mayormente dolorosa. El riñón izquierdo no se palpa.

Operación. — Doctores Elizalde y Castaño.

Anestesia general con éter. Incisión de los hermanos Mayo. Resección de la
última costilla para dar mayor campo a la salida del tumor. Presenta algunas
dificultades para liberarlo de sus adherencias. Está sobre todo desarrollado a
expensas del polo superior y cara posterior, dejando una parte libre en el polo
inferior.

Los ganglios mesentéricos están tomados. Drenaje, vendaje compresible.
Fallece en Junio de 1914.

HISTORIA N° 3.

E. G., 39 años, italiano, casado. Fecha de entrada: Abril 30 de 1914.

Diagnóstico. — Tumor del riñón derecho. Carcinoma.

Antecedentes hereditarios. — Padre y madre vivos. Tiene seis hermanos
sanos.

Antecedente personales. — El año pasado tuvo una infección intestinal que
duró quince días.

Enfermedad actual. — Se inicia en Noviembre de 1913. Una tarde que
se hallaba en la vereda de su casa, removiendo arena con una pala, sudó mucho
y sintió frío en el lado derecho del cuerpo, que estaba expuesto al viento. Cua-
tro días después, sintiendo siempre una molestia de ese lado, hizo una marcha
apresurada, y al orinar notó que su orina era sanguinolenta. Llamó médico y
éste le recetó una bebida: se le produjo un fuerte dolor en el riñón derecho,
que duró alrededor de veinte minutos, pero al día siguiente, su orina estaba
clara. Estuvo tomando quince o veinte días solurol, y sus orinas se mantuvieron
claras. En el mes de Marzo volvió a notar sangre, y su médico le aconsejó
reposo; siguiendo esta indicación, sólo orinaba sangre cuando se veía obligado
a efectuar algún trabajo o esfuerzo. En el mes de Abril, se inició el período
de orinas sanguinolentas, que aún dura a pesar de todos los tratamientos, y que
se ha obligado a ocurrir a este servicio. No ha tenido dolores ni fiebre.

Estado actual. — Sujeto bien desarrollado, regular cantidad de panículo
adiposo. Orina cada dos o tres horas, siendo sanguinolentas y sin coágulo. La
micción es indolora y sin esfuerzo. Uretra libre en toda su extensión. Su riñón
no se palpa por ninguno de los métodos empleados, siendo sin embargo sensible.
El examen de orina da abundantes hematias y cilindros hemáticos, y algunos
granulosos.

Cistoscopia. --- Vejiga normal. Ureter izquierdo normal. Meato derecho normal en cuanto a sus dimensiones, pero a cada eyaculación deja salir un chorro de orina sanguinolenta.

Radiografía. — No se nota sombra de cálculos. La sombra dada por el riñón derecho es deformada.

Junio 5. — *Examen de sangre.* Reacción de Abderhalden. Cáncer?

Suero sólo	Negativo.
Suero con cáncer	Positivo.
Suero con cáncer	Positivo.
Suero con cáncer	Positivo.
Suero fisiológico con cáncer:	Negativo.

Resumen: Tres dializadores dan el mismo resultado: cáncer positivo, mientras que las pruebas dan, como conviene, negativo. *Sumamente probable que haya un cáncer.*

Junio 16. — Nefrectomía. Operador Dr. Elizalde. Anestesia general con cloroformo. Incisión de Israel, que permite llegar al riñón a través de una enorme cantidad de tejido adiposo. Pedículos muy cortos, no hace posible exteriorizar el riñón, y es necesario poner los clamps y hacer las ligaduras al tacto, razón por la cual se dejan en la herida dos pinzas.

Se extrae un riñón del tamaño algo mayor que lo normal y que presenta en su polo inferior un tumor del tamaño de una nuez, blanquecino, de constitución elástica y que parece separado del resto del órgano. Se cierra la herida con catgut y crín. El 21 de Junio se sacan los clamps.

Examen macroscópico del tumor. — En un corte del riñón hecho por la línea media se notan dos partes distintas. La substancia renal y el tumor. Este último tiene la forma de un óvalo, con su parte más gruesa haciendo saliencia al exterior de la cápsula, y su parte más delgada hacia el cáliz, donde se introduce.

La parte más gruesa es redondeada, de consistencia blanduzca y parece dividida por finas membranas; la parte más delgada es friable.

Constante ureosecretoria de Ambard: K — O,111.

Agosto 6. — Ligera molestia en la región intervenida. Expulsó un pequeño cálculo por la uretra.

Septiembre 8, 1914. — Alta.

HISTORIA Nº 4.

S. M., 60 años, italiano, casado. Fecha de entrada: 4 de Julio de 1919.

Diagnóstico. --- Carcinoma del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. --- Nada de particular.

Antecedentes personales. — Hace ocho meses comienza a notar *hematuria como único síntoma*, que fué muy intensa. Se le formaban coágulos en la vejiga, que obstruyéndole la uretra le dificultaban la micción. Por entonces no tuvo otro síntoma. Después de un período de silencio, tiene nuevas hematurias abundantes, con expulsión de coágulo en forma de tirabuzón. De esto hace ocho días. Hay además polaquirea diurna y nocturna. Poliurea. No hay dolor.

Estado actual. — Abdomen: Todo el flanco izquierdo está ocupado por un tumor que llega cerca del pubis, y que se continúa debajo del reborde costal. El bazo se percute pero no se palpa. Obedece a los movimientos respiratorios. La pared del vientre es edematosa y parece que hay ascitis. Organos genitales: a la inspección nada de particular. Uretra libre. Hematuria total.

Muere 22 de Agosto de 1919.

A la autopsia se constata tumor carcinomatoso del riñón izquierdo, con metástasis pulmonares.

HISTORIA N° 5.

M. Ch., 65 años, italiano, casado. Fecha de entrada: 22 de Septiembre de 1919.

Diagnóstico. — Epitelioma del riñón derecho subcapsular.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde hace mucho tiempo padecía de dolores en la región lumbar. Hace ocho días, a raíz de una embriaguez (no es alcoholista) nota *sangre en sus orinas*. Consecutivamente sintió *dolores en la región lumbar*, que todavía persisten. No ha notado polaquiuirea ni orinas turbias antes de esa época.

Estado actual. — El enfermo presenta demacración y palidez. Próstata chica. Orina francamente sanguinolenta. Se palpa riñón derecho aumentado sensiblemente de volumen.

Cistoscopia. — Capacidad: 200 cm.³. Mucosa vesical normal. Uréteres normales. *Evacuación sanguinolenta de ureter derecho*. Ureter izquierdo: eyacuación clara.

Operacion. — Nefrectomía. Alta: 24 de Noviembre de 1919.

HISTORIA N° 6.

A. R., 56 años, español, casado. Fecha de entrada: 10 de Junio de 1921.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Nada de particular.

Antecedentes personales. — Blenorragia a los 16 años.

Enfermedad actual. — Hace cinco años que en una ocasión, sin realizar esfuerzo alguno, tuvo dificultad para orinar, a consecuencia de unos coágulos que obstruían su uretra. Bajo la presión, vesical, dichos coágulos salieron, y el enfermo tiene sus micciones normales. No sabe si desde entonces ha tenido hematurias francas, pero acepta que ha orinado "muy obscuro", lo que atribuye al excesivo consumo de café. También con intervalos de meses ha eliminado gran cantidad de coágulos.

Estos trastornos los ha tenido unos meses, soportándolos bien hasta hace cuatro meses, en que el enfermo siente fuertes dolores en la fosa iliaca izquierda, siendo atendido y tratado como cólicos. Hace tres meses ha tenido una hema-

turia inicial con coágulos que se repiten en varias ocasiones, hasta estos días. En los últimos cinco meses ha perdido doce kilos de su peso normal.

Estado actual. — *Organos genitales:* Nada de particular. *Orinas:* ligeramente turbias con algunos coágulos que sobrenadan. *Abdomen:* se palpa un tumor en hipocondrio y vacío izquierdos, cuyos límites son: hacia abajo una horizontal que pasa a tres traveses de dedo por debajo del ombligo: por dentro, la línea media: por arriba, no se logra delimitarlo bien por la defensa que realiza la pared del abdomen, aumentando la dificultad la interposición del lóbulo izquierdo del hígado. Pelotea difícilmente, siendo doloroso a la presión

Dosaje de úrea en suero sanguíneo: 0,59 %.

Operación. — Dr. Elizalde y Dr. López Cross.

Hecha la incisión de piel y planos musculares, se decapsula con dificultad el riñón, tocándose prolongaciones del gran tumor, que van hacia la pelvis y línea media comprimiendo y ocultando por completo al pedículo. Por esa razón no se extirpa el riñón, cerrando los planos con catgut y agrafes.

Muere 21 de Junio de 1921.

HISTORIA N° 7.

J. P., 55 años, español, casado. Fecha de entrada: 26 de Diciembre de 1922.

Diagnóstico. — Cáncer de riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace quince días con leves dolores al nivel de la región lumbar izquierda, que fué aumentando poco a poco, pero sin llegar a tener gran intensidad. El dolor se irradiaba hacia abajo, a la cresta iliaca. Ligero decaimiento. Refiere el enfermo que sus orinas se hicieron turbias con el comienzo de la enfermedad.

Estado actual. — Presenta en la región del hipocondrio izquierdo un tumor que se caracteriza en la región renal, que desciende ampliamente con la respiración y tiene fijabilidad expiratoria. El tamaño es el de una naranja, superficie ligeramente irregular, consistencia dura, indoloro. El tumor pelotea francamente y es muy accesible, aún a la palpación superficial. Llega por debajo hasta una horizontal que pasa dos traveses de dedo por encima del ombligo. Sonoridad del colon por delante del tumor. Resto del abdomen, normal.

Dosaje de suero en úrea: 0,41 %.

Cistoscopia. — 250 c.c. Mucosa vesical normal. Orificios ureterales normales. Eyaculación bilateral normal.

Riñón derecho. — Cantidad de orina: 45 cm. c.

Úrea: 30,264 %.

Cloruros: 3 a 4 por mil.

Regular cantidad de células cilíndricas, redondeadas y en raqueta. Regular cantidad de leucocitos y hemáties.

Riñón izquierdo. — Cantidad de orina: 35 c.c.

Úrea: 20,176 %.

Cloruros: 2.5 por mil.

Gran cantidad de hematies.

Operación: Dr. Castaño y Dr. Buzzy.

Anestesia general con éter. Incisión de Israel.

Se descubre en la parte superior de la incisión un riñón muy aumentado de volumen, semejante a una cabeza de feto. Se separan las adherencias de la atmósfera perirrenal, siendo más abundante hacia el polo superior. La cara posterior del tumor renal es normal. Se nota fácilmente el pedículo renal. Hacia la cara anterior se percibe un tumor del tamaño de una mandarina, de aspecto blanquecino, de consistencia renitente. Se seccionan las adherencias y se llega fácilmente al pedículo, colocando dos clamps curvos.

Nefrectomía. — Sutura de la incisión en tres planos. Drenaje al lecho renal con gasas.

La incisión de la pieza operatoria muestra un tumor que ocupa la mayor parte del riñón, respetando solamente el polo inferior. Tumor de aspecto vegetante. Hacia adelante se nota una cavidad quística, de contenido gelatinoso amarillo-verdoso. Alta: 16 de Enero de 1923.

HISTORIA N° 8.

F. L., 32 años, español, casado. Fecha de entrada: 22 de Julio de 1921.

Diagnóstico. — Hipernefroma derecha.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión en la primera infancia. Niega venéreas. Buen fumador. Poco bebedor.

Enfermedad actual. — El día 3 del actual tiene una *hematuria total*, sin causa aparente que pueda haberla provocado. Hasta el día 9 persiste su hematuria, eliminando sangre durante su micción, y coágulos, al principio y final de ella. A los cuatro días de su primer hematuria *siente dolores* en la región lumbar que irradian en cintura hacia el ombligo. No ha tenido temperatura. No eliminó por su uretra ningún cuerpo extraño. En ocasiones ha tenido polaquiuria.

Estado actual. — Sujeto en buen estado general. Tiene mucosas bien coloreadas.

Tórax. Pulmones y corazón: Nada de particular.

Abdomen. — Vientre cuya pared se deja deprimir con facilidad, aunque con algunos puntos dolorosos. Se toca una cuerda cólica tensa en el lado izquierdo, y dolor en los colones ascendente, transversal y descendente. Dolor en el punto de Mac Burney, que es el punto más doloroso de todo el abdomen.

Región renal. — Se palpa el riñón aparentemente no aumentado de volumen, estando el polo inferior sobre una línea horizontal que pasa a dos traveses de dedo por encima del ombligo. Ese polo es doloroso, así como el punto costal posterior.

Radiografías. — Hay dos que nada indican.

Operación: Doctor Castaño. Nefrectomía. Riñón grande, duro, con núcleo central tipo hipernefroma.

Alta: 19 de Agosto de 1921.

HISTORIA Nº 9.

A. C., 27 años, argentino, soltero. Fecha de entrada: 27 de Abril de 1923.

Diagnóstico. — Carcinoma del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Nada de importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión. Uretritis a repetición. En 1913 ha tenido chancro.

Enfermedad actual. — Comienza hace dos meses con dolores punzantes debajo del reborde costal derecho, línea axilar posterior.

Estado actual. — Bien constituido. Buen estado de nutrición. Pulmones base derecha: matitez que llega al nivel de la novena apofisis espinosa dorsal. Excursiona con los movimientos respiratorios. Disminución de la entrada de aire a ese nivel. Roncus y sibilancias. Vibraciones vocales disminuídas.

Hígado. — Se percute su nivel superior en el quinto espacio. Por abajo se confunde con el tumor.

Abdomen. — Presenta en el flanco derecho un tumor que deforma ampliamente el hipocondrio, flanco y fosa iliaca derecha, levantando ligeramente el reborde costal. Los límites del tumor son: hacia adentro la línea media; hacia arriba se pierde debajo del reborde costal. Hacia abajo llega y ocupa toda la fosa iliaca derecha; hacia afuera levanta ampliamente el flanco. Es indoloro a la palpación. Consistencia renitente quística. Mate en todas sus partes. Pelotea francamente.

Cistoscopia. — Capacidad normal. Mucosa de aspecto normal. Cateterismo del ureter derecho: se introduce el cateter treinta centímetros. Por el cateter no sale absolutamente nada.

Operación. — Dr. Castaño, Dr. Grimaldi y Dr. Buzzy.

Anestesia general con éter. Incisión de Israel. Después de seccionar todos los planos se llega sobre un tumor de consistencia quística, de aspecto blanquecino, que llena por completo toda la incisión operatoria y se pierde bajo el reborde costal. Punción de la bolsa con un trocar, dando salida a un líquido algo hemorrágico.

Se disecciona la bolsa con gran dificultad, liberándolo del peritoneo. La bolsa se desgarrar con facilidad. No se consigue desprender, sobre todo hacia abajo, donde llega hasta la pelvis. Se trata de desprender hacia arriba donde se localiza una tumoración del tamaño de una cabeza de feto, que contrae muchas adherencias con el peritoneo. En las maniobras de disección se desgarrar el peritoneo ampliamente, llegando a ver hacia la parte superior de la herida el borde del hígado.

Sutura del peritoneo en lo posible, no consiguiéndolo hacer hacia arriba. Taponamiento con gasas en la imposibilidad de extraer el tumor, se decide después de colocar drenaje, cerrar la herida operatoria.

Falleció.

HISTORIA N° 10.

P. D., 56 años, italiano, casado. Fecha de entrada: 21 de Agosto de 1923.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Nada de particular.

Antecedentes personales. — Nada de particular.

Enfermedad actual. — Comienza hace un año y medio con hematurias, que duraron cuatro o cinco días, desapareciendo con el reposo. hematuria total que variaba de intensidad de una a otra micción. Estos periodos de hematurias se repetían, acortándose cada vez más los periodos de intervalo. Nunca ha tenido dolores.

Estado actual. — Uretra libre. Orinas ámbar. Tacto rectal normal. Inspeccionando el flanco derecho se nota una ligera deformación de la base torácica derecha.

Abdomen. — Blando, depresible. Al nivel del flanco e hipocondrio derecho se palpa un tumor que está situado fuera de la región vesicular, como si estuviese pegado al flanco. Tumor que durante la inspiración desciende hasta una línea que pasa por el ombligo. Tumor duro, poco doloroso, de superficie irregular, como si fuese lobulado. Fijabilidad expiratoria. Signo de Minkowsky. Sonoridad del colon por delante del tumor. Peloteo renal. Contacto lumbar.

Cistoscopia. — Capacidad: 200 c.c. Mucosa vesicar normal. Eyaculación derecha, sanguinolenta. Eyaculación izquierda, clara.

Operación: Dr. Elizalde y Dr. Castaño.

Incisión de Israel. Se llega fácilmente a la celda renal. No hay adherencias perirrenales. Tumor liso, irregular, con lobulaciones.

Nefrectomía. Se dejan pinzas en el pedículo renal.

Alta: 25 de Septiembre de 1923.

HISTORIA N° 11.

A. E., 62 años, español, casado. Fecha de entrada: Julio 30 de 1924.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedente personales. — Hace 27 años, blenorragia; cinco años después, reinfección.

Enfermedad actual. — Comienza en Septiembre de 1923, con hematuria intensa que dura 24 horas, cesando espontáneamente. Hace quince o veinte días, hematuria intermitente, que luego se hace continua, presentando después una retención. Se le aconseja internarse.

Estado actual. — Sujeto bien constituido. Intensa palidez. Riñones no se palpan. Tacto rectal. Próstata uniformemente aumentada de tamaño, blanda, lisa, bien delimitable, del tamaño de una mandrina pequeña. Uretra libre, normal. Actualmente no hay retención. El día 27 de Julio de 1924, el enfermo elimina coágulos moldeados, vermiformes. Se le da de alta.

16 de Agosto de 1924, reingresa con una orqui - epididimitis derecha. Según dice el enfermo, hace ocho días eliminó un coágulo pequeño y presenta orinas rojizas que desaparecieron espontáneamente.

Cistoscopia. — Se observa el meato ureteral derecho un coágulo largo como un tallarín. Evacuación izquierda clara.

Operación. — Dr. Elizalde y Dr. Castaño.

Nefrectomía derecha. Cerca del pedículo se encuentran numerosos ganglios neoplásicos que se extirpan en lo posible.

Alta: 22 de Noviembre de 1924.

HISTORIA N° 12.

L. D., 65 años, italiano, casado. Fecha de entrada, 26 de Septiembre de 1923.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — A los quince años neumonía. A los 24 años fiebre tifoidea. Hace veinte años que sufre de asma. En un mes ha perdido tres kilos. A los 23 años, blenorragia. Tuvo una llaga (?) que desapareció a los quince días.

Enfermedad actual. — Hace un mes que sin sentir molestia alguna, un facultativo le descubre una tumoración en el hipocondrio derecho, por lo cual lo remite a este servicio. Nunca ha tenido hematurias ni dolor al orinar o en reposo. Orinas ámbar. Solamente refiere, desde un mes atrás, una sensación de peso en el flanco derecho.

Estado actual. — Sujeto bien constituido. Piel y mucosas bien coloreadas. Corazón: Nada de particular.

Pulmones: Disminución de entrada de aire. Espiración prolongada. Roncus y sibilancias diseminadas. Rales congestivos en base derecha.

Uretra libre, normal. Tacto rectal, nada de particular.

Abdomen: Presenta en el hipocondrio derecho una deformación que se hace más sensible con la respiración en su faz inspiratoria. Se palpa un tumor del tamaño de una cabeza de feto, que tiene contacto lumbar y que pelotea. Signo de Minkowsky. Sonoridad del colon por delante del tumor. Tumor de consistencia dura. Hacia la línea media se palpa un tumor que hace ligero relieve. El resto de la superficie es perfectamente liso e indoloro.

Cistoscopia. — Normal. No se puede cateterizar ureter derecho.

Operación: Dr. Elizalde y Dr. Buzzy.

Anestesia general con éter. Incisión de Israel. Se libera perfectamente su pedículo que es largo.

Nefrectomía. El riñón presenta sus polos superior e inferior. En el centro, se vé un núcleo del tamaño de una mandarina, color amarillo claro, blanduzco, que no llega a la pelvis, situado en pleno parénquima renal.

Alta: 15 de Octubre de 1923.

HISTORIA Nº 13.

F. B., 48 años, francés, viudo. Entrada: 23 de Septiembre de 1924.

Diagnóstico. — Cáncer de riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hace dos años, blenorragia, que dura cinco meses.

Enfermedad actual. — Hace un año, a causa de un desarreglo, siente un dolor intenso en la región renal izquierda, con escalofríos. *Hace dos meses hematuria que dura tres días.* Orinas infectadas.

Estado actual. — Uretra libre. Próstata normal. Riñones no se palpan, ni hay puntos dolorosos. Orinas sanguinolentas y con piúrea. Urea en sangre: 0.53. Sulfo-fenoltaleína: 40 st%.

Cistoscopia. — Capacidad: 250 c.c. Vejiga en columna. Mucosas pálidas. Meatos ureterales normales. Por el meato izquierdo, orinas purulentas y sanguinolentas. Meato derecho, eyaculaciones claras.

Operación: 13 de Noviembre de 1924.

Nefrectomía.

Alta: 19 de Enero de 1925.

HISTORIA Nº 14.

F. A., 60 años, español, soltero. Entrada: 27 de Diciembre de 1924.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Blenorragia hace 20 años.

Enfermedad actual. — *Comienza hace dos años con hematuria intensa total que duró tres días, desaparece un día, y vuelve a repetirse durante cinco días. En total ocho días de hematuria que luego desapareció totalmente.* Esta hematuria fué indolora y acompañada de coágulos, algunos largos como fideos. Se repite al año, pero con dificultad para la micción: polaquiurea y dolores intensos al orinar. Luego se repite con intervalos cada mes y medio o dos. En algunas ocasiones tuvo sangre durante una o dos micciones. Acusa dolores en la región lumbar derecha.

Estado actual. — Mal estado general. Palidez de piel y mucosas. Presenta en el flanco derecho un tumor del tamaño de una cabeza de feto, de forma irregular, con un nódulo que hace como borde hacia adelante. Tumor que desciende ampliamente con la inspiración y tiene fijabilidad expiratoria. Peloteo franco y contacto lumbar. El tumor se palpa hasta dos traveses de dedo por debajo del ombligo. Sulfofenoltaleína: Aparece a los seis minutos, eliminando en la hora el 68 %.

Muere: 14 de Enero de 1925.

HISTORIA Nº 15.

M. C., 54 años, español, soltero. Fecha de entrada: 22 de Septiembre de 1926.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión a los cuatro años. A los 36 años, chanero duro que trató.

Enfermedad actual. — Comienza hace tres meses en que bruscamente apareció una hematuria que duró unos días, desapareciendo espontáneamente. Indolora. Posteriormente sintió dolores en región renal derecha que fué tratado como lumbago. Hace once días apareció y en forma brusca una hematuria total que se prolongó sin interrupción ocho días, desapareciendo luego en forma brusca. Perdió tres kilos de su peso; asténico.

Estado actual. — Sujeto con poco panículo adiposo. Piel, tinte pálido. Hernia inguinal reductible. Ganglios en ambas ingles, pequeños, duros, más numerosos en el lado derecho.

Cistoscopia. — Eyaculación francamente sanguinolenta por el meato derecho. Operación: Dr. Buzzy y Dr. Ham.

Anestesia general con éter. Incisión de Israel. Se llega fácilmente al riñón, que se libera sin dificultad. No hay perinefritis. Se exterioriza el riñón, que tiene un pedículo largo. Superficie de aspecto normal. Se percibe hacia la parte media del riñón un nódulo del tamaño de un huevo, de consistencia dura, bastante dura, completamente distinta de la consistencia del polo renal superior e inferior.

Nefrectomía. La pieza presenta al corte el siguiente aspecto: consistencia dura esclerosa; al nivel del punto donde se localizaba el núcleo de induración, existe un gran coágulo negruzco, que se desprende fácilmente de la cavidad que lo contiene en pleno parénquima. La pelvis, distendida por coágulos, que hace hernia al corte. El resto de la superficie presenta zonas de esclerosis y abundantes zonas escleróticas. Llaman la atención la gran cantidad de vasos y su calibre, así como su rigidez, que los mantienen abiertos y eréctiles.

HISTORIA N° 16.

F. T., 56 años, italiano, casado. Fecha de entrada: 24 de Agosto de 1929.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace un mes y medio en que el enfermo siente molestias en el hipocondrio izquierdo, y a la mañana del día 2 de Agosto percibe que sus orinas son sanguinolentas. Las micciones restantes del día son sanguinolentas, aunque no con la misma intensidad de las de la mañana. Al día siguiente las orinas son francamente sanguinolentas, disminuyendo su intensidad recién por la tarde. Al otro día siguiendo sus orinas claras. Los dolores en el hipocondrio izquierdo han persistido siempre.

Estado actual. — Abdomen globuloso. Gran distención abdominal. Presenta en el hipocondrio un tumor del tamaño de una cabeza de feto, de superficie redondeada, con grandes abolladuras. El tumor es poco móvil con los movimientos respiratorios, pero si móvil a los movimiento que se le imprimen en sentido vertical. Por delante del tumor se palpa un ansa intestinal y existe sonoridad. Tiene contacto lumbar y pelotea en sentido anteroposterior. Urea

en suero sanguíneo: 0.20. Sulfofenoltaleína, aparece a los cinco minutos y en una hora elimina el 70 %.

Operación: Dr. Buzzy y Dr. Rubi.

Incisión transversal de Bazy. Se enuclea el riñón izquierdo con su cápsula. Órgano aumentado de volumen, de superficie irregular. Presenta surcos de abolladura. El riñón ha sido extirpado junto con su grasa perirrenal.

Alta: 20 de Septiembre de 1929.

En los años 1931 y 1933 el enfermo se encuentra en perfecto estado de salud.

HISTORIA N° 17.

H. V., 70 años, argentino, casado. Fecha de entrada: 23 de Octubre de 1930.

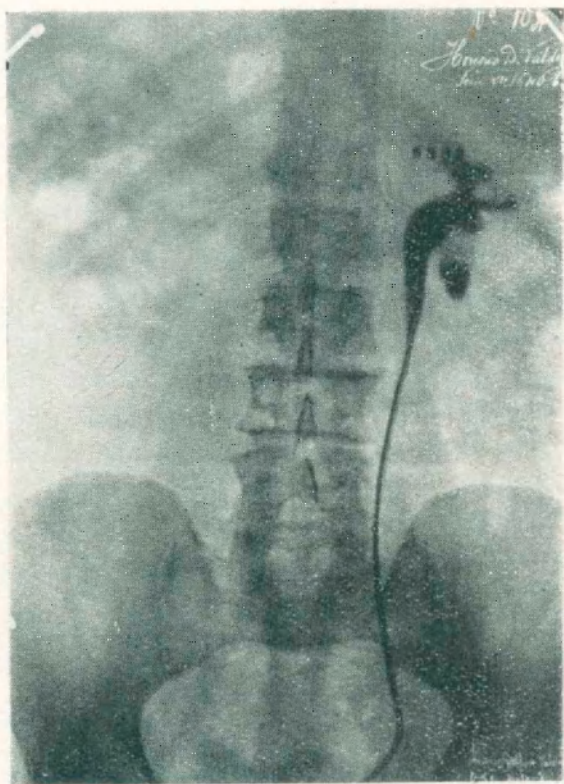


Figura 1. — Historia Clínica N° 17. *Pielografía ascendente.* Se observa el alargamiento del cáliz medio (signo del "clavo"). Dilatación del cáliz inferior, así como una típica imagen lacunar.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Blenorragia a los 20 años, mal tratada.

Nictúrea.

Enfermedad actual. — Se inició hace quince días con hematurias que aparecieron en el curso de su trabajo. Hematurias abundantes. (dice el enfermo que orinaba casi sangre pura) indolora; cedió con el reposo durante 24 horas para reaparecer nuevamente con intensidad variable.

Estado actual. — Enfermo en regular estado de nutrición. Estigmas seniles. Tórax de enfisematoso. Corazón arritmia extrasistólica.

Abdomen globuloso. No se palpa nada de anormal. No existen puntos dolorosos ni abdominales ni lumbares. Orinas sanguinolentas en ambos vasos. Uretra permeable a un explorador N° 20. Testículo y epididimos: nada de particular. Tacto rectal. no consta en la historia.

Cistoscopia. — Capacidad vesical: 160 c.c. Orinas sanguinolentas. Vejiga a columna. Mucosa de coloración normal. Cuello saliente en toda su circunferencia. Signo de Marión bilateral. Uréteres normalmente bien implantados. El meato izquierdo presenta eyaculaciones claras. *El derecho en cambio presenta un coágulo sanguíneo* que se moviliza lentamente y cae al fondo de la vejiga, después de una eyaculación de sangre espesa y negruzca, sigue una serie de eyaculaciones claras que no mezclan con la sangre anteriormente eliminada. Urea en suero: 0.60.

Alta: 6 de Noviembre de 1930.

Pielografía ascendente derecha: Se observa el alargamiento del cáliz medio (signo del clavo), dilatación del cáliz inferior así como una típica imagen lacunar (Fig. N° 1).

HISTORIA N° 18

M. U., 57 años, argentino, soltero. Fecha de entrada: 10 de Marzo de 1930.

Diagnóstico: Cáncer del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Coqueluche en la primera infancia.

Enfermedad actual. — Dice que hace 20 días tuvo un dolor agudo en región lumbar que duró varias horas y cede espontáneamente dejando ligera sensación de cansancio en la cintura. Siempre ha tenido molestias en los lomos, al punto que dice no poder realizar trabajos fuertes. Hace dos años, al levantarse de la cama y efectuar la micción, *nota que la orina era sanguinolenta en la totalidad*; no dió importancia, y comenzó sus ocupaciones a pesar de las hematurias. Cede espontáneamente por la tarde, quedando las orinas completamente claras. Siguió bien durante un año, al cabo del cual viene a tener otra hematuria, con los mismos caracteres que la anterior, pero su duración fué menor. Dice el enfermo que orinó sangre durante dos días, pero la hemorragia era intermitente, habiendo efectuado alguna micción clara. *Hace un mes se repite la hematuria con más intensidad*, que desde el comienzo y tuvo gran disurea, que el enfermo dice desaparecer cuando elimina grandes coágulos. Dura más o menos cinco días al cabo de los cuales comienza a aclarar la orina, aunque lo hizo en forma intermitente.

Dice que en este último mes ha perdido ocho kilos de peso.

Estas hematurias se acompañan de dolor, mientras duraban. Durante el último episodio este dolor fué francamente localizado en región lumbar y flanco izquierdo.

Estado actual. — Sujeto bien constituido; buen estado de nutrición. Boca ligera piorrea. Gingivitis. Corazón y pulmones normales.

Abdomen: Globuloso. Panículo adiposo abundante. No se palpa nada de anormal.

Por otro lado la palpación es muy difícil por la gran distensión abdominal. El día 15 de Marzo de 1930, por haberse fugado del servicio se le da de alta.

El día 25 de Marzo de 1930, reingresa en el mismo estado.

Cistoscopia. — Capacidad vesical normal. Vejiga normal. Eyaculaciones



Figura 2. — Historia Clínica N° 18. *Pielografía ascendente izquierda.* Nefrograma aumentado en sus ejes vertical y horizontal, contorno irregular y borroso en la zona pápilocalicial superior.

claras. Indigo carmin aparece a los tres minutos por ambos meatos. Urea en suero: 0,32.

Operación: Dr. Elizalde y Dr. Castaño.

Anestesia general. Incisión de Israel. Se llega a la cápsula adiposa y como no se consiguiera aislar el riñón, se abre la cápsula propia y se practica la nefrectomía subcapsular. Aparece un tumor renal a numerosos núcleos tipo carcinoma. Una vez ligado el pedículo se extrae la cápsula, se deja drenar.

Músculos con catgut. Piel con crín.

Radiografía: Pielografía ascendente izquierda (Fig. N° 2). Nefrograma aumentado en sus ejes vertical y horizontal, contorno irregular y limoso en la porción papelo-calicial superior.

HISTORIA Nº 19.

A. L., 27 años, argentina. Fecha de entrada: 23 de Octubre de 1930.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Nada de particular.

Antecedentes personales. — Nada de particular.

Enfermedad actual. — Desde hace más de ocho años siente de vez en cuando puntadas en el riñón izquierdo, que persisten varios días, necesitando guardar cama. Dolor en la región renal, sin irradiación. *Hace un mes y medio nota sangre en sus orinas, que creyó fuera de la menstruación. Se repite nuevamente una hematuria intensa, total, al poco tiempo de la anterior.*

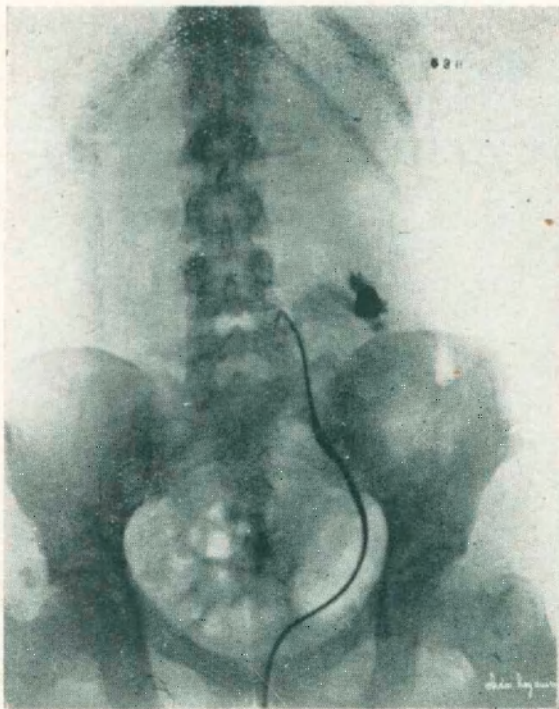


Figura 3. — Historia Clínica Nº 19. *Pielografía ascendente izquierda.* Riñón izquierdo en posición anómala. El uréter aborda a la pelvis a la altura del disco intervertebral que separa la 4ª de la 5ª vértebra lumbar. Imagen piélica borrosa, en cornamusa, que parece colocada en un plano más anterior con respecto a los cálices. Cáliz superior a contorno irregular. Cáliz medio e inferior, pequeños, a contornos netos.

Estado actual. — Riñón derecho: no se palpa.

Riñón izquierdo: Se palpa aumentado de tamaño, llegando hasta dos traveses de dedo por debajo de la línea umbilical. Esta tumoración no es dolorosa, pelotea, y hace contacto lumbar. Es movable con la respiración.

Análisis de sangre: glóbulos rojos: 3.000.000 por mlm. cúbico. Glóbulos blancos: 13.600 por mlm. cúbico.

Sulfenofstaleína: Riñón derecho, aparece a los seis minutos. En la hora, elimina el 34 %. Riñón izquierdo: aparece a los 16 minutos. Elimina el 22 % en una hora.

Cistoscopia. — Capacidad: 160 c.c. Mucosa vesical normal. Meato derecha, eyaculación clara. *Meato izquierdo, eyaculación sanguinolenta.*

Operación: Exteriorízase el riñón izquierdo con facilidad, y se palpa en el polo inferior un tumor como un huevo de gallina, por lo que se decide la nefrectomía. Drenaje con tubo. Piel con agraffes.

Alta: 24 de Noviembre de 1930.

Radiografía: Pielografía ascendente. Riñón izquierdo en posición anómala. El ureter aborda a la pelvis a la altura del disco intervertebral que separa colocada en un plano más anterior con respecto a los cálices. Cáliz superior, a contorno irregular. Cáliz medio e inferior, pequeño a contornos netos (Fig. 3). la cuarta de la quinta lumbar. Imagen piélica borrosa, en cornamusa, que parece

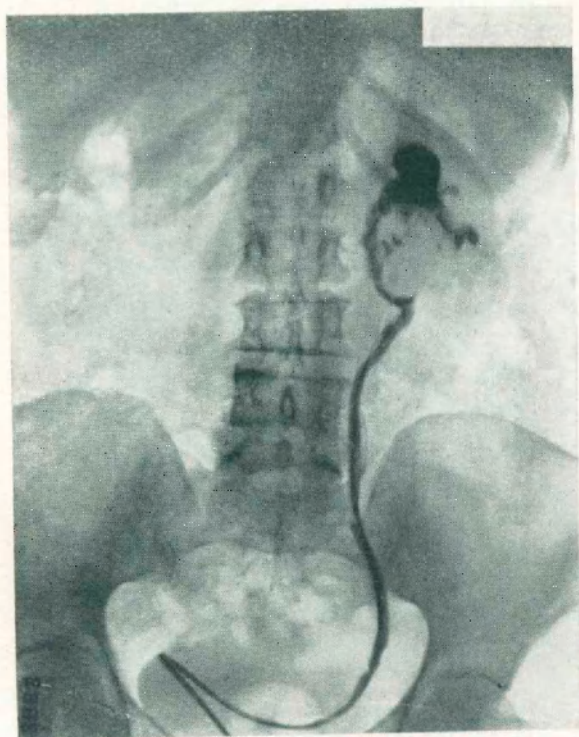


Figura 4. — Historia Clínica N° 20. *Pielografía ascendente izquierda.* Area renal izquierda aumentada a expensas de sus diámetros vertical y transversal. Gran dilatación piélica y de cáliz superior con modificación del contorno del cáliz medio y desaparición del cáliz inferior.

HISTORIA N° 20.

P. S., 68 años, rusa, viuda. Ingresa: 1° de Agosto de 1934.

Diagnóstico. — Papiloma pelvis renal izquierda.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace tres años, hematurias totales, abundantes, indoloras, con coágulos espontáneos e intermitentes.

Estado actual. — Persona bien constituida, buen estado de nutrición. Sistema nervioso, respiratorio, digestivo y aparato locomotor sin importancia.

Abdomen: globuloso. Excursiona bien con los movimientos respiratorios. No se palpan riñones. Dosaje de úrea en suero: 0,60. Sulfonelftaleína: aparece a los cinco minutos. Elimina el 50 % en una hora.

Cistoscopia. — Buena capacidad. Vejiga normal. *Eyaculación por el meato izquierdo; sanguinolenta.* Eyaculación por el meato derecho, clara. Indigo carmín: riñón derecho aparece a los cinco minutos. No aparece por el meato izquierdo.

Operación: Dr. Elizalde y Dr. Buzzy.

Incisión clásica para abordar el riñón izquierdo. Se libera el riñón izquierdo, constatándose que es pequeño. Se palpa un tumor en el hilio renal, intrapiélico, blanduzco. Nefrectomía.

Alta: 7 de Septiembre de 1934.

Radiografía: Pielografía ascendente. Área renal izquierda aumentada a expensas de sus diámetros vertical y transverso. Gran dilatación piélica y de cáliz superior con modificación del contorno del cáliz medio y desaparición del cáliz inferior (Fig. 4).

Una imagen lacunar ocupa la mayor parte de la pelvis dejando un halo interno libre, así como algunos trayectos irregulares intralacunares. Se aprecian dos contracciones circulares en el fundibulum del ureter y a un centímetro por debajo. La posición, forma y tamaño del riñón derecho aparecen normales.

HISTORIA N° 21.

S. G., 67 años, argentina, casada. Fecha de entrada: 6 de Febrero de 1935.

Diagnóstico: Tumor de riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — *Comienza hace seis años con hematurias totales e indoloras* que duran cuatro o cinco días. Polaquiúrea. A los dos años se repite el cuadro. Orinas ámbar en los intervalos. Hace dos meses, intensa hematuria, que por su intensidad decide internarse.

Estado actual. — Sujeto en buen estado de salud. Poca cantidad de panículo adiposo.

Aparato respiratorio y circulatorio: nada de particular.

Abdomen: globuloso. Excursiona bien con los movimientos respiratorios. Riñones, no se palpan.

Examen bacteriológico de orina: No se observan bacilos de Koch ni pus. Dosaje de úrea en suero: 0,25.

Cistoscopia. — Orinas francamente sanguinolentas. El medio se aclara rápidamente. Capacidad: 200 c.c. Mucosa normal. Uréteres bien implantados. Eyaculación derecha: sanguinolenta. Izquierda: clara. Indigo carmín. Derecho aparece a los quince minutos. Izquierdo a los once minutos.

Operación: Dr. Grimaldi y Dr. Mathis.

Incisión oblicua lumbar derecha, que llega hasta la celda renal. Aislamiento del riñón. A la inspección y palpación, normal. Pelvis de apariencia normal.

Dos gruesas venas retropiélicas. Se abre bacinete y no hay nada de particular. Nefrostomía, y se constata dos grandes quistes en base de pirámide de cáliz superior y medio del tamaño de una uva grande. Se resuelve nefrectomía. Drenaje con gasas. Cierre de tejidos por planos. Piel con agraffes.

Alta: 29 de Marzo de 1935.

Radiografía: Rielografía ascendente. Cáliz superior: Dilatado con contornos bien netos. Cáliz inferior y medio: Confundidos en una sola cavidad de contornos irregulares. La pelvis, así como la desembocadura de los tres cálices en la misma están ocupados por una zona de contorno borroso y de superficie indefinida.

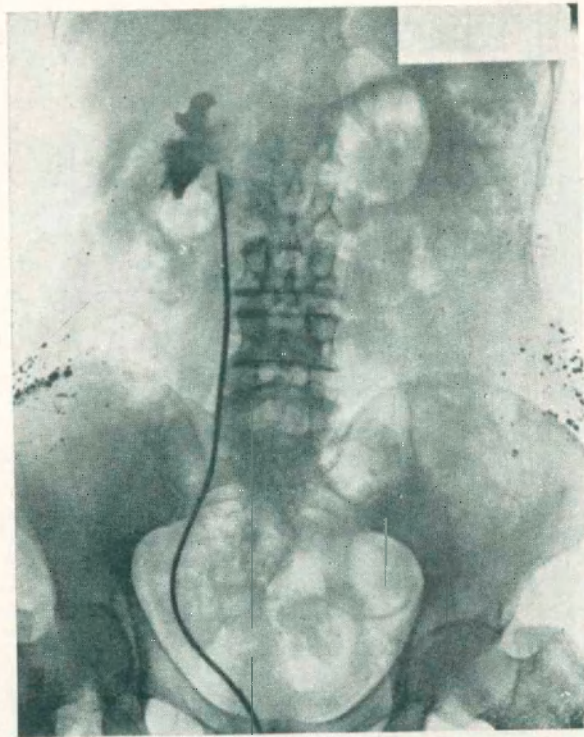


Figura 5. — Historia Clínica N° 21. *Pielografía ascendente derecha.* Cáliz superior dilatado con contornos bien netos. Cáliz inferior y medio confundidos en una sola cavidad de contornos irregulares. La pelvis, así como la desembocadura de los tres cálices en la misma están ocupados por una zona de contorno borroso y de superficie indefinida.

en la misma están ocupados por una zona de contorno borroso y de superficie indefinida (Fig. 5).

HISTORIA N° 22.

A. G., 46 años, argentina, viuda. Fecha de entrada: 24 de Junio de 1939.

Diagnóstico: Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde hace tres años nota irregularidades en su ciclo menstrual, presentándose sus reglas cada tres o cuatro meses con grandes

dolores en el hipogastrio, acompañadas de coágulos voluminosos. Siente además, distensión de su vejiga, teniendo además la sensación de que esa sangre es expulsada de su vejiga.

Estado actual. — Cabeza, cuello, aparato respiratorio y circulatorio: Nada de particular.

Aparato urinario: En la región renal derecha se palpa una tumoración irregular, del tamaño de una cabeza de feto, con contacto lumbar y gran movilidad en todo sentido. Orinas claras. Se palpan colon por delante y por dentro del tumor. Insuflando el colon, el tumor queda por detrás. Urea en suero sanguí-

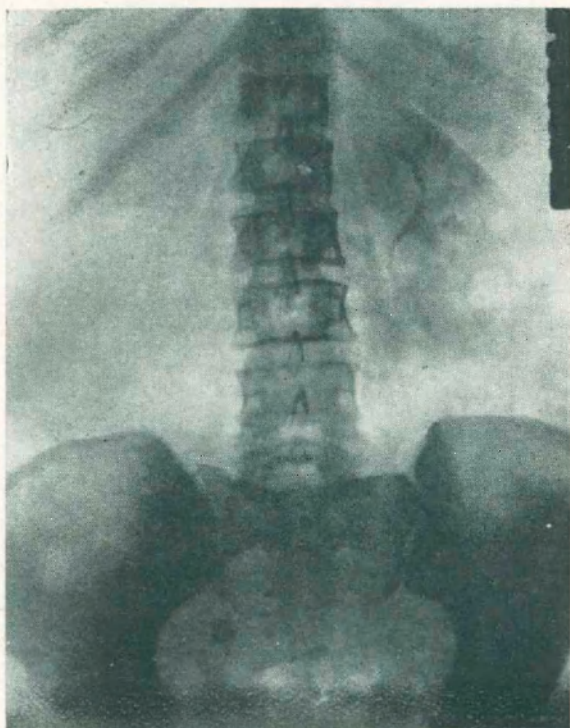


Figura 6. — Historia Clínica N° 22. Urografía excretoria. En el lado opuesto al del tumor, el riñón aparece completamente normal en lo que se refiere a su funcionamiento y a sus vías de excreción.

neo: 0,30. Sulfofenoltaleína: aparece a los ocho minutos y elimina el 40 por ciento en la hora.

Operación: Dr. Buzzy y Dr. A. Elizalde.

Incisión de Bazy. Liberación del riñón. Se trata de extirpar la atmósfera adiposa conjuntamente, pero, por la gran vascularización se produce una intensa hemorragia. Se trata de ligar rápidamente el pedículo renal con gran dificultad, debido a que existe un nódulo del tumor que invade la región del hilio. Nefrectomía. Drenaje al lecho. Cierre de tejidos por planos. Piel con agraffes.

Alta: 18 de Julio de 1939.

Radiografía excretoria: El riñón opuesto aparece completamente normal en lo que se refiere a su funcionamiento y a sus vías excretorias (Fig. 6).

HISTORIA N° 23.

F. C., 53 años, italiano, casado. Fecha de entrada: 28 de Junio de 1939.

Diagnóstico: Cáncer del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Blenorragia hace veinte años.

Enfermedad actual. — En Febrero de 1938 por primera vez despertó por la mañana con intensos dolores en el flanco y fosa lumbar izquierdo, que luego se propagó a toda la región inguino-escrotal. *Por la tarde nota sus orinas teñidas*

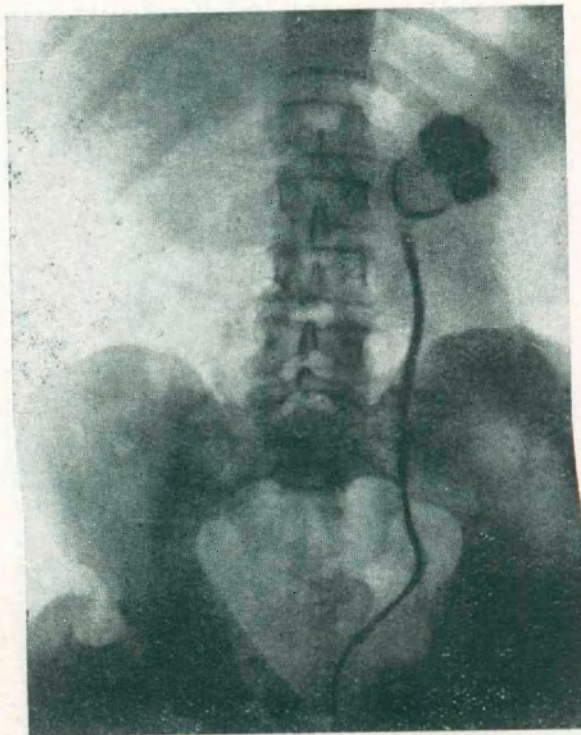


Figura 7. — Historia Clínica N° 23. *Pielografía ascendente izquierda.* Los cálices están reemplazados por dos cavidades. La superior, del tamaño de una nuez, la inferior del tamaño de un huevo de paloma, unidas ambas por un pequeño istmo. En la pelvis ampular se vé un pequeño reborde de substancia opaca que limita un contenido que pareciera ocupar toda la cavidad. El contorno renal limita un área francamente aumentada.

con sangre del principio al fin de la micción, con algunos coágulos. El dolor duró 24 horas persistiendo la hematuria unos tres días. No tuvo fiebre. Este cuadro se repitió cada quince o veinte días; primero dolor lumbar; segundo dolor inguinal que anuncia la hematuria. Hace cuatro meses, pequeños dolores en fosa lumbar derecha, y el 27 de Mayo aparece un cuadro algo parecido al izquierdo pero que no describe con precisión. En Mayo de 1939 hematurias totales, habiendo desaparecido sus dolores en fosa lumbar derecha, pero quejándose del izquierdo.

Estado actual. — Buen estado de nutrición. Tórax: pulmones: en la base del pulmón izquierdo se percibe una zona de submatitez, que llega a la columna. Corazón nada de particular. Abdomen: Blando, depresible, se palpa riñón izquierdo que pelotea, pero sin poder describir sus caracteres. Orinas: ligeramente hematuricas con coágulos. Genitales normal. Tacto rectal normal.

Cistoscopia. — 300. c.c. Mucosa de aspecto normal. Cuello nada de particular. Meato ureteral derecho: falciforme. Eyaculación intermitente, clara: *el meato izquierdo eyacula dos veces durante todo el examen, pero se observa con nitidez que la eyaculación es sanguinolenta.* Urea en suero: 0.40. Indigo carmín no se le efectuó. Sulfenofaleína. Aparece a los cuatro minutos. Elimina el 40 por ciento.

Operación: Dr. Grimaldi y Dr. Rubi.

Nefrectomía: izquierda.

Alta: 12 de Julio de 1939.

Radiografía: Pielografía ascendente, izquierda. Los cálices están reemplazados por dos cavidades. La superior del tamaño de una nuez, la inferior del tamaño de un huevo de paloma, unidas ambas por un pequeño istmo. En la pelvis ampular se vé un pequeño reborde de substancia opaca, que limita un contenido que pareciera ocupar toda la cavidad. El contorno renal limita un área francamente aumentada (Fig. 7).

HISTORIA N° 24.

O. L., 67 años, italiano. Fecha de entrada: 16 de Noviembre de 1926.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace seis meses con *hematurias totales*, acompañadas de vez en cuando con dolores, que partiendo de la fosa lumbar derecha irradianse hacia las bolsas. Este cuadro se repitió en el transcurso de tres meses, unas cinco veces, no habiendo dado el enfermo mayor importancia. En poco tiempo ha perdido dieciocho kilos.

Cistoscopia. — Vejiga: con capacidad de 140 c.c. Mucosa normal congestionada; meato ureteral derecho, *se percibió eyaculación sanguinolenta intensa.* Eyaculación izquierda clara.

Dado su estado avanzado de desnutrición, se trata de levantar el estado general, pero sin resultado por cuanto fallece el 4 de Diciembre de 1926.

HISTORIA N° 25.

I. M., 65 años, español. Fecha de entrada: 8 de Diciembre de 1930.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios u personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace aproximadamente un año con dolores en la región lumbar, con irradiación anterior, que fué tratado como lumbago, calmándosele en parte. Dos meses después acompaña al dolor intenso, *hematuria total.*

Cistoscopia. — Capacidad: 160 c.c. Mucosa vesical normal. *Eyacuación derecha clara; izquierda, francamente sanguinolenta.*

Indigo carmín aparece. — Riñón derecho, a los cuatro minutos. Riñón izquierdo: a los doce minutos.

Operación: Incisión de Israel (izquierda).

Se llega perfectamente a riñón izquierdo. Nefrectomía.

Alta: 2 de Enero de 1931.

HISTORIA Nº 26.

J. G. D. B., 56 años, española.



Figur 8. — Historia Clínica Nº 26. *Pielografía ascendente derecha.* Pelvis grande y rechazada con los cálices superior e inferior alargados y el cáliz medio destruido.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Antecedentes personales. — 14 años antes de su ingreso tuvo una hematuria aparentemente total a consecuencia, dice, de un viaje en automóvil.

Enfermedad actual. — Ingresa el 8 de Marzo de 1939. Hace varios meses nueva hematuria que cesó con el reposo. El 20 de Febrero nueva hematuria. Una radiografía simple resulta negativa. Un uroselectán: muestra buena eliminación del riñón izquierdo y la ausencia de substancia opaca del lado derecho. El riñón derecho en esta urografía excretora aparece grande con una pelvis también grande y rechazada; con los cálices superior e inferior, rechazados y el cáliz medio destruido. Una pielografía ascendente ratifica con mayor claridad lo que mostrara el urograma de excreción. Se interviene con el diagnóstico

de neoplasma, y practicada la lumbotomía se considera la tumoración inextirpable. Se inicia radioterapia profunda (Fig. 8).

Cistoscopia. — Eyaculación izquierda clara. Eyaculación derecha francamente sanguinolenta.

HISTORIA N° 27.

C. D. S., 56 años, española. Fecha de entrada: 20 de Marzo de 1939.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

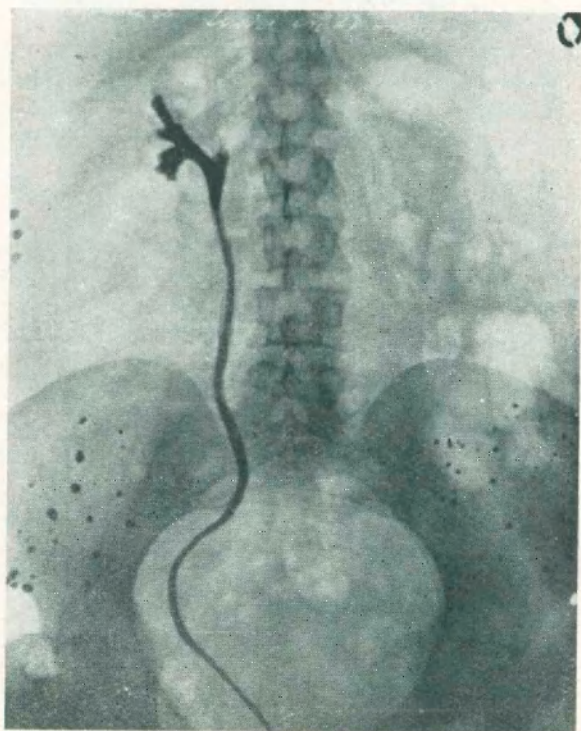


Figura 9. — Historia Clínica N° 27. *Pielografía ascendente derecha.* Se vé una amputación típica del cáliz superior.

Enfermedad actual. — Refiere hematuria de tipo total que se repiten con frecuencia cada cinco años. El momento del examen la enferma está con sus orinas claras, anotándose como único dato ilustrativo la palpación del riñón izquierdo. El examen cistoscópico no revela nada de particular.

Indigo carmín se elimina: Riñón derecho: a los 6 minutos. Riñón izquierdo: a los 4 minutos.

El 10 de Abril de 1939 la enferma es vuelta a ver en plena hematuria, comprobándose eyaculación sanguinolenta del lado derecho. Se practica una pielografía retrógrada que revela la amputación completa del cáliz superior. (Figura 9).

Es operado con toda facilidad, haciéndose una nefrectomía (con resección costal), extrayéndose una pieza relativamente pequeña que abierta sagitalmente permite observar la cavidad piélica llena de coágulos y en el polo superior una zona de sustancias coloide del tamaño de un cobre de 2 centavos, limitado por una zona de parénquima renal relativamente sano. El examen anatómopatológico practicado por los doctores Mosto y Pico Dumí, muestra la naturaleza epitelial de la neoplasia (Fig. 10).

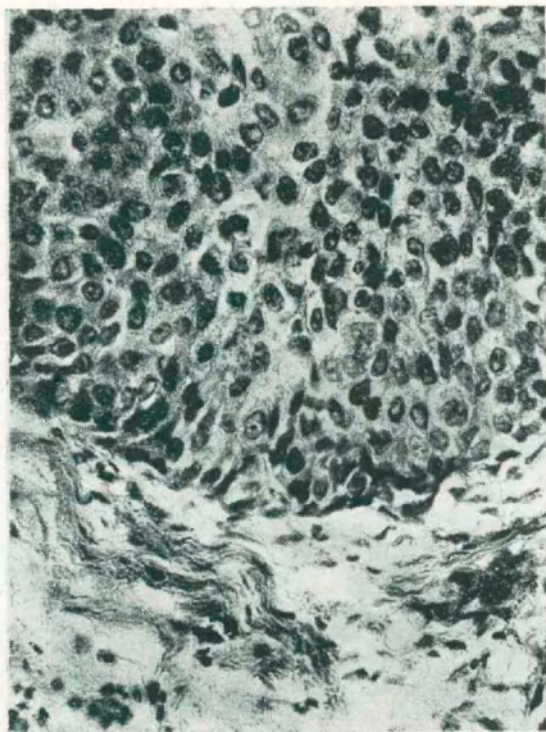


Figura 10. — Historia Clínica N° 27. Corte microscópico del epiteloma extirpado.

HISTORIA N° 28.

J. S., 64 años, inglés. Fecha de entrada: 14 de Junio de 1939.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón derecho.

Enfermedad actual. — Hace un mes dolor lumbar difuso que desapareció con fricciones externas. Hace pocos días hematuria total sin síntomas asociado. El examen clínico es negativo en el momento del examen, mostrando la cistoscopia en un enfermo hipertrofia de próstata, una eliminación del indigo carmín por ambos lados a los 4 minutos. Como la hemorragia no se repitiera se hace una pielografía ascendente bilateral que permite hacer el diagnóstico de neoplasma de riñón derecho. Se le practica una lumbotomía que permite comprobar una gran prinefritis así como la presencia de ganglios biliares que desaconsejan la operación radical.

HISTORIA Nº 29.

A. R. D. L., 62 años, argentina. Fecha de entrada: 15 de Septiembre de 1939.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón izquierdo.

Enfermedad actual. — Hace 20 días ha tenido una hematuria discretísima, pero aparentemente total. En el momento del examen todo es negativo, excep-

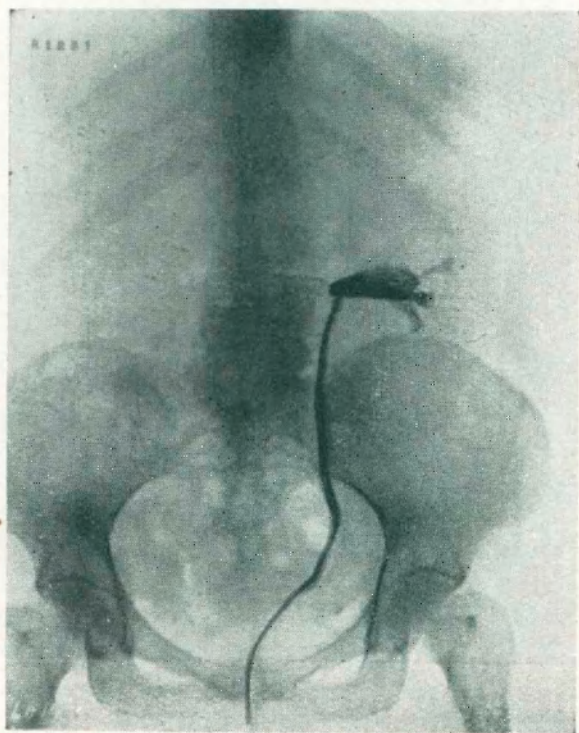


Figura 11. — Historia Clínica Nº 29. *Pielografía ascendente izquierda.* Se comprueba el riñón izquierdo abasculado y descendido, así como la amputación del cáliz superior y la presencia de una imagen lacunar en la parte superior de la pelvis.

ción del riñón izquierdo que se palpa agrandado aunque sin lograrse provocar peloteo. Una pielografía ascendente permite comprobar la basculación y descenso del riñón izquierdo: la amputación del cáliz superior así como una imagen lacunar en la parte superior de la pelvis. Se practica una nefrectomía extirpándose un gran tumor que al corte muestra una degeneración de tipo de hipernefroma, reduciendo el parénquima renal a una delgadísima corteza en la parte inferior de aquél.

HISTORIA N° 30.

C. G. D. M., 52 años, española.

Diagnóstico. — Cáncer del riñón izquierdo.

Enfermedad actual. — Hace 2 años, a raíz de una polaquiuria esporádica se le hace un análisis de orina que es normal. El médico que la examina enton-

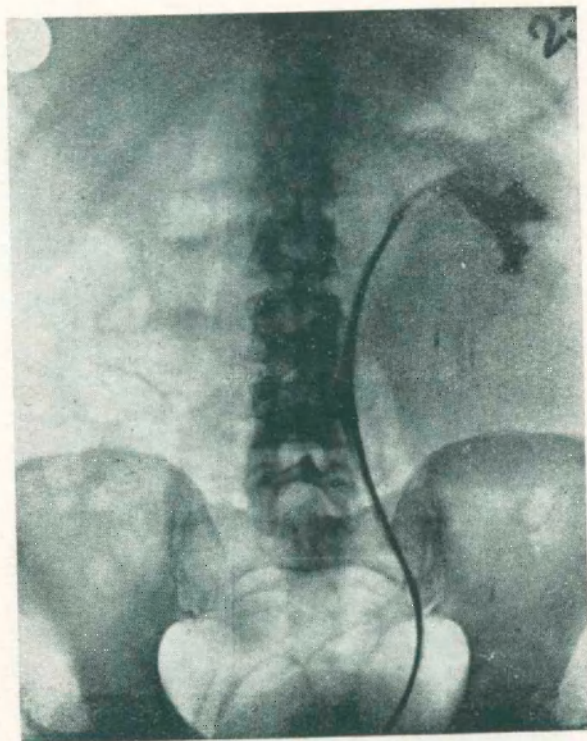


Figura 12. — Historia Clínica N° 30. *Pielografía ascendente izquierda.* Se aprecia la amputación del cáliz superior, la rotación renal y reflujo pielolinfático.

ces comprobó, según la enferma, la existencia del riñón izquierdo grande. Desde entonces dolor lumbar sordo que se hace poco tolerable en este último tiempo. Jamás ha tenido hematuria. En el momento del examen se comprueba que tiene orinas ámbar. El riñón izquierdo muy aumentado de volumen, pelotea con facilidad. Pielografía de excreción: muestra una buena eliminación del riñón derecho. El polo inferior del riñón izquierdo se encuentra ocupado por una sombra densa tumoral con destrucción del sistema excretor medio e inferior. Una pielografía ascendente demuestra la amputación del cáliz superior, rotación

renal y reflujo pielolinfático (F.g. 12). Una radiografía de tórax realizada por una tos seca persistente y de la enferma, demuestra una sombra hiliar izquierda de origen metastásico y además en la base del mismo pulmón otra del tamaño de una nuez, indudablemente del mismo origen (Fig. 13). Se desaconseja por ello toda intervención quirúrgica.

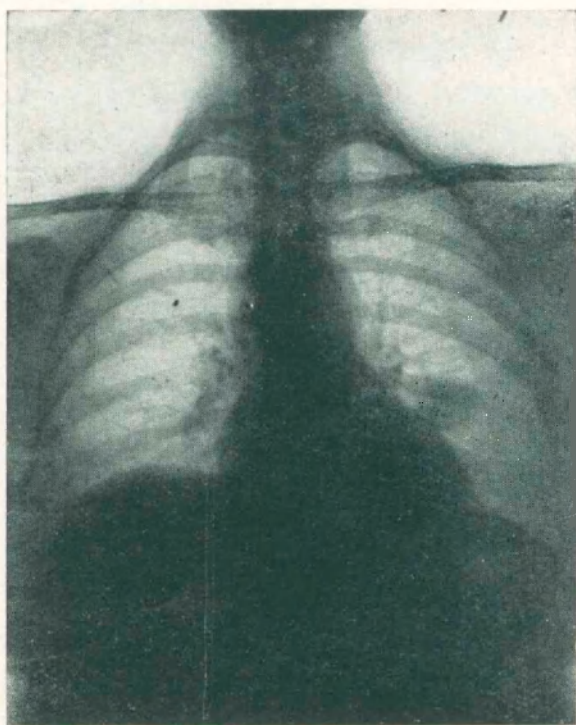


Figura 13. — Historia Clínica N° 30. Radiografía de tórax que muestra una sombra hiliar izquierda de origen metastásico y en la base del mismo pulmón otra del tamaño de una nuez grande, indudablemente del mismo origen.

DISCUSION

Dr. García. — Quiero agregar una sola cosa respecto a lo que el doctor Grimaldi dice del carmín de índigo en los tumores.

Nosotros, con el doctor Monserral, hace 5 ó 6 años presentamos un estudio funcional de los tumores renales y mencionábamos dos casos, casualmente con tumores de gran desarrollo que fueron intervenidos. Teníamos la pieza y mostramos la documentación en que la acción del índigo carmín era casi normal con escasísima diferencia de un minuto o un minuto y medio, que no puede ser muy demostrativo.

Dr. Schappapietra. — *Eso tiene una importancia extraordinaria. Ya en el año 1923 el doctor Pagliere lo determinó como de valor pronóstico para el estado local. El riñón tumoral que no elimina el índigo tiene una embolia neoplásica de su pedículo vascular.*

Dr. Grimaldi. — *Le contesto al doctor Schiappapietra con un caso operado hace 3 meses con buen índigo carmín de ambos lados. Las lesiones eran tan grandes que yo decidí extirpar uno de ellos.*