

Facultad de Medicina de Rosario. Cátedra  
de Clínica Quirúrgica del Prof. CAMES

Por los Doctores

**RICARDO ERCOLE**

y **ADOLFO FORT**

## ANTRAX DEL RIÑÓN A PROPOSITO DE DOS NUEVAS OBSERVACIONES PERSONALES

En el año 1934 uno de nosotros presentó al Circulo Médico de Rosario un caso de ántrax del riñón, aparecido en la Revista de Cirugía de Buenos Aires, la primera observación publicada en una revista del país. A propósito de este caso, decíamos, que teniendo en cuenta el hecho de que en los mal llamados flemones perinefríticos primitivos, la infección de la grasa perirrenal se hace secundariamente a un proceso supurado del riñón, a una piónefritis según la expresión de Motz, era lógico pensar que el ántrax del riñón, incluido dentro de estos procesos supurados, no sería tan extraordinariamente raro como parecía deducirse de la reducida casuística mundial. Y en efecto, nuestra experiencia nos demuestra que estábamos en lo cierto, ya que de entonces a ahora, hemos tenido oportunidad de reunir 4 observaciones, incluida la ya citada, tal vez una de las estadísticas personales más importantes y que es además elocuente si la comparamos con el número de flemones perinefríticos atendidos por nosotros en igual período de tiempo. Desde el año 1934 hasta la fecha hemos intervenido 30 casos de flemón perinefrítico, de los cuales 5 son secundarios a un proceso renal preexistente y 25 pertenecen al grupo de los mal llamados flemones perinefríticos primitivos, lo que nos da un porcentaje de 16 % de piónefritis tipo ántrax sobre el total de estos últimos.

Y bien, nosotros considerábamos, en el trabajo ya citado, que el número tan reducido de ántrax se debía fundamentalmente al escaso conocimiento que se tiene de este proceso, todavía no citado

en muchos libros de la especialidad, y es así como algunos flemones drenados convenientemente terminan con la vida del enfermo o hacen un post-operatorio accidentado, sin que se investigue el foco primitivo en el parénquima renal. El escaso número de observaciones publicadas hasta la fecha nos dice, si estamos en lo cierto, de que este error subsiste. En efecto, en el año 1934 citábamos la estadística de Dick que había reunido 27 casos hasta el año 1928; de Brady con un total de 88 observaciones hasta el año 1932 y de O'Connor en 1933 con 94 casos; calculando nosotros, hasta ese momento, que el total de observaciones llegarían al centenar, cifra que Cibert y Klajman en el año 1937 al hacer un excelente estudio sobre el tema, elevan a 110 ó 120. Ingrish en el año 1939 reúne 136 casos a los cuales agrega 10 nuevas observaciones. Finalmente Huguiet en una tesis que acaba de aparecer (año 1939) hace un resumen de las 128 observaciones que ha podido recopilar de la bibliografía mundial y que si bien no pueden por lógica incluir todos los casos publicados, es un índice para valorar la rareza con que este proceso es diagnosticado.

Entre nosotros el número de observaciones publicadas es también escaso, debiendo citar las de Mirizzi y Brandán (una obs.), Ercole (1 obs.), Tejerina (1 obs.), Babbini y Tettamantí (1 obs.), Ercole y Fort (1 obs.), Bernardi (2 obs. incluida la obs. de Buzzi, Elizalde y Méndez), en total 7 observaciones a las que debemos agregar las de Coulin y Staffieri relatadas al Círculo Médico de Rosario, pero no publicadas hasta la fecha y nuestras dos nuevas observaciones personales. lo que hace un total de 11 observaciones operadas en nuestro país.

Relatamos a continuación estas dos nuevas observaciones personales, agregando además las historias clínicas de los dos casos ya publicados.

*Observación N° 1* (Revista de Cirugía de Buenos Aires, año XIII, 1934, página 458). — Edna T., de 9 años de edad. Ingresa al servicio del profesor Artemio Zeno, el 25 de julio de 1935.

*Antecedentes hereditarios.* — No tienen importancia.

*Antecedentes personales.* — Forunculosis a repetición desde la infancia. El último de sus forúnculos lo tiene hace dos meses, es decir, 40 días antes de la iniciación de su enfermedad.

*Enfermedad actual.* — Comienza hace 23 días con temperatura elevada y mantenida, que al principio era de  $38.5^{\circ}$  y después alcanza a  $40^{\circ}$ , acompañada de cefaleas intensas. No hay manifestación dolorosa alguna.

Después de varios días la temperatura empieza a descender por la mañana

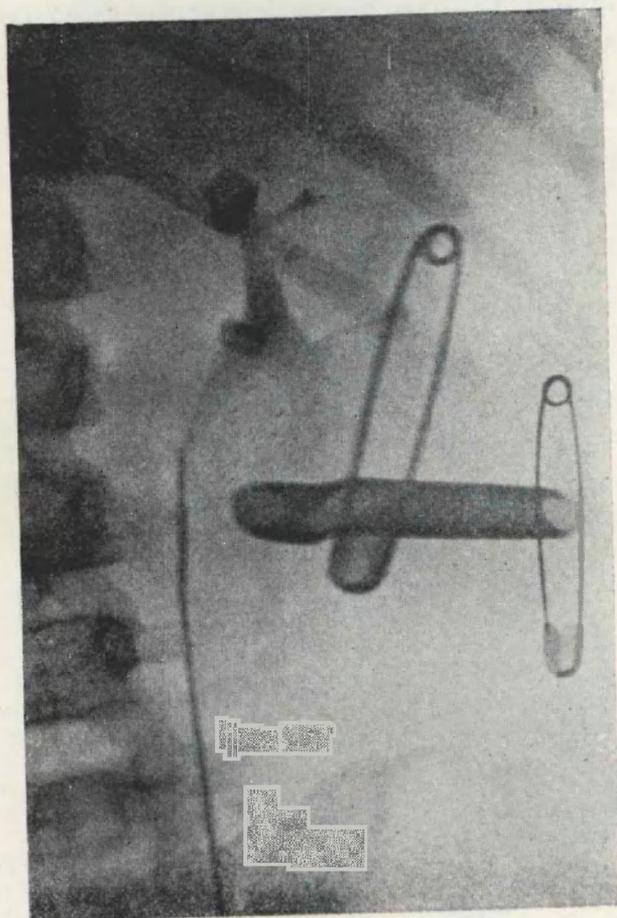


FIGURA 1. - Obs. 1. — Pielografía ascendente: falta parcial de relleno de los cálices medio e inferior,

a lo normal, para elevarse por las tardes hasta  $40^{\circ}$ . Ha estado en asistencia médica con el diagnóstico de tifoidea, hasta que consulta al doctor Sylvestre, quien diagnostica un flemón perinefrítico, aconsejando internarla en el hospital. Ingresa por esta causa al servicio del profesor Muniagurria, de donde se nos la envía para su intervención.

*Estado actual.* — Enfermita bien constituida, en deficiente estado de nutrición. Piel y mucosa pálidas. Facies febril. El examen general es negativo. Hígado y bazo no se palpan. La palpación del riñón izquierdo que es dolorosa, demuestra la presencia de una masa tumoral, con franco contacto lumbar, casi inmóvil. Se observa a la inspección de la región lumbar izquierda, estando la enfermita sentada, que a la altura del triángulo de Petit la piel hace un ligero

relieve. No hay fluctuación. El examen de la orina demuestra la presencia de escasos leucocitos granulosos en el sedimento.

El diagnóstico es claro: se trata evidentemente de un flemón perinefrítico por cuya causa intervenimos.

*Operación.* — 25 de julio de 1933. Con eternarcosis efectuamos una pequeña incisión lumbar y previa disociación de las capas musculares llegamos a la cavidad purulenta, drenando abundante cantidad de pus bien ligado, con

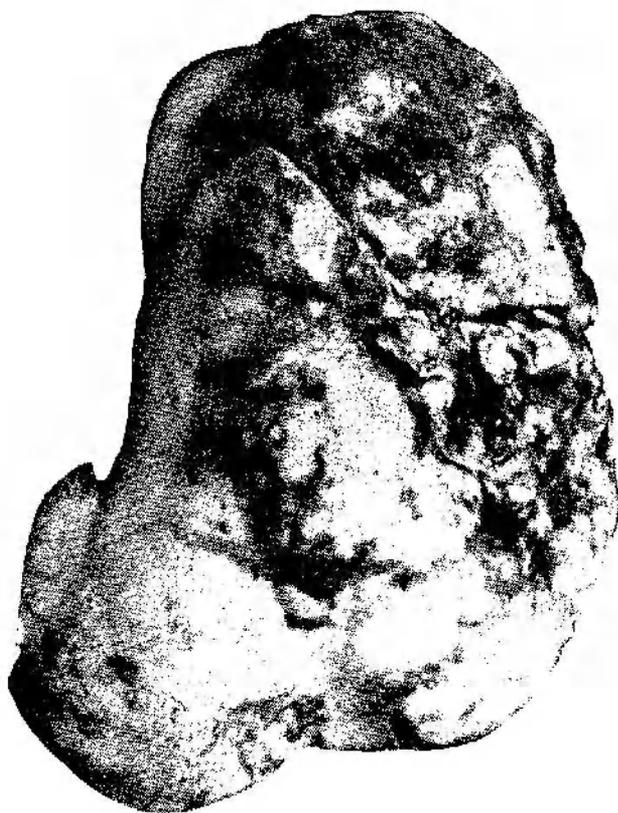


FIGURA 2. - Obs. 1. - - Fotografía de la pieza operatoria. Sobre la superficie del riñón hace relieve la tumoración constituida por el ántrax.

colgajos necróticos. Se palpa la cara posterior del riñón sin comprobar nada de particular. Tubo de drenaje.

El examen del pus demuestra la existencia de estafilococos puros.

*Post-operatorio.* - La temperatura desciende a lo normal la tarde de la operación, pero al día siguiente hay un repunte febril de 38°. Desde entonces la enfermita presenta picos febriles que llegan a 39° por la tarde, para estar apirética por la mañana o ligeramente subfebril. El drenaje se hace bien, no hay retención y la cantidad de pus segregada, que es abundante los primeros días, tiende a disminuir. Se efectúan dos cultivos sucesivos de sangre siendo ambos negativos. La diuresis es buena, con muy escasa cantidad de pus en el

sedimento. Como el estado de la paciente es cada vez más serio, decidimos efectuar una pielografía, previo cateterismo de uréteres. Inyectamos por la sonda ureteral dos centímetros cúbicos de solución de yoduro de litio, al cabo de los cuales la enfermita acusa dolor, obteniendo una pielografía que demuestra falta parcial de relleno de los cálices medio e inferior. No hay dilatación de las cavidades renales. Para mayor conformidad obtenemos otra radiografía.

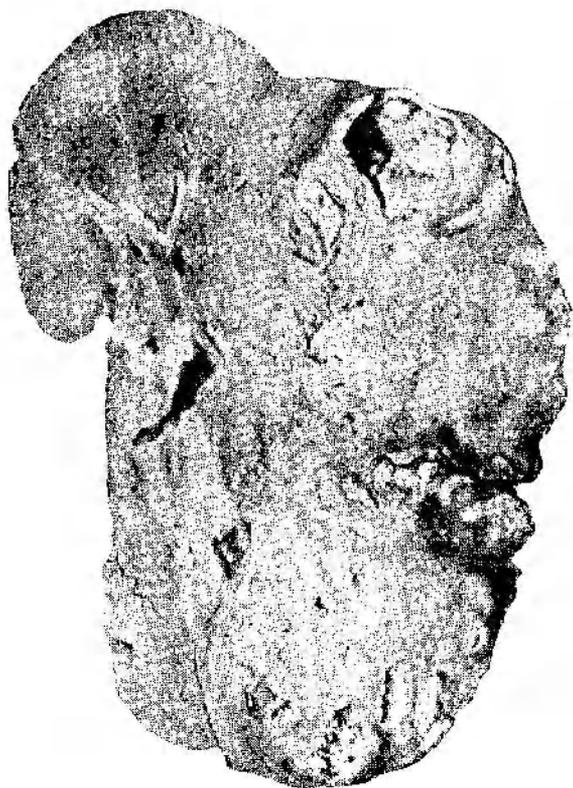


FIGURA 3. Obs. 1. — Corte sagital del riñón. Se observa un límite bien neto de separación entre el parénquima y el ántrax.

con una nueva inyección de líquido opaco, esta vez con mayor tensión, repitiéndose la misma imagen. El diagnóstico no ofrece dificultades: se trata de una imagen pielográfica con signos evidentes de compresión, dada por tumoración de parénquima. Hacemos en firme el diagnóstico de tumor inflamatorio, probablemente un ántrax, que asienta a nivel de la porción media y polo inferior del riñón.

Examen de la orina extraída del riñón derecho: cantidad, 11 cm. cúbicos en 15 minutos; úrea, 11.35 gr. por mil; sedimento, no se aprecia pus.

En este examen no fué posible extraer orina del riñón izquierdo. Como el diagnóstico no presentaba dificultades, no insistimos en una nueva exploración.

Examen de úrea en suero: 0.35 gr. por mil.

Los primeros días la familia rebusa la intervención que proponemos, pero finalmente la acepta.

*Segunda operación.* — 12 de agosto de 1933. Eternarcosis. Se interviene por la incisión lumbar de la operación anterior. El tejido perirrenal ha desaparecido casi en su totalidad. El riñón, muy aumentado de tamaño, presenta

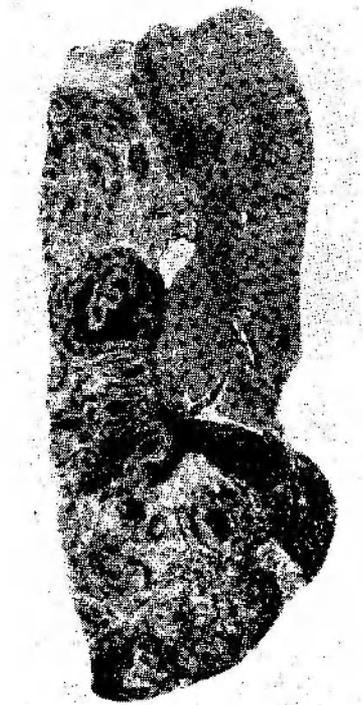


FIGURA 4. - Obs. 1 — Microfotografía (Gentileza del Prof. Cid).  
Corte topográfico que demuestra un proceso destructivo del órgano que interesa la mayor parte del corte. El proceso está constituido por un conglomerado de abscesos de diversos tamaños con membrana piógena ondulada. Entre los abscesos el parénquima renal es irreconocible debido a las profundas alteraciones producidas por el proceso inflamatorio.

en lo que corresponde a su polo inferior y porción media, una zona de superficie irregular en la cual alternan zonas de coloración oscura con otras amarillentas, las que dan algunas gotas de pus; es friable, semejante evidentemente al aspecto del ántrax de la piel. Una pequeña porción del polo superior tiene su aspecto normal. La zona enferma presenta un límite de demarcación bien neto con la porción sana. Nefrectomía según la técnica habitual. Un tubo de drenaje y dos gasas en la celda. Cierre parcial de la pared.

*Post-operatorio.* — La enfermita mejora rápidamente. Tiene algunos repuntes febriles aislados, pero ya a los diez días de la intervención la temperatura

se hace normal. La herida no segrega mucho y pronto presenta brotes de granulación. Al darse de alta está totalmente cicatrizada.

*Estudio macroscópico.* — Al corte del riñón se observa que todo lo que corresponde a su porción media y a su polo inferior, salvo una pequeña porción interna del mismo, está ocupado por una masa tumoral de forma más bien piramidal con la base externa, ocupada por una serie de abscesos miliares que alternan con otras zonas hemorrágicas o de aspecto necrótico. El todo presenta un límite de demarcación bien neto con la porción sana del parénquima, que está reducido al polo superior. El uréter y las cavidades renales no están infiltrados.

*Estudio histológico.* — Que debemos agradecerlo al doctor D. Saloj, es el siguiente:

“El examen hecho en varias de las zonas invadidas por el proceso, demuestra un aspecto en todo semejante, salvo las diferencias que le imprimen las distintas estructuras del parénquima renal. La descripción que sigue fué hecha en base a cortes de un foco próximo a la cápsula.

“En pleno foco de la lesión, el examen microscópico revela zonas en las cuales la estructura del tejido renal ha desaparecido por completo; en su lugar existen cúmulos densos de polinucleares y linfocitos, muchos de ellos en degeneración, a los cuales se mezcla alguna que otra célula de los tubos uriníferos, deformadas, con su protoplasma mal teñido y su núcleo en desintegración.

“Por fuera de esta zona, en la que la intensidad máxima del proceso inflamatorio ha provocado la total destrucción del parénquima renal, existe otra, en la cual se observan los tubos uriníferos que han conservado más o menos su arquitectura, con las células tumefactas, algunas desprendidas, apareciendo en plena luz de los tubos; otros conductillos tienen su luz cerrada por cúmulos leucocitarios. Entre los tubos en pleno tejido intersticial, se observa un intenso infiltrado formado por linfocitos y leucocitos, predominando unos u otros según las zonas; se ven escasos plasmazellen. Este infiltrado es a veces difuso y otras afecta la forma de cúmulos, formando pequeños focos entre los cuales el tejido renal aparece bastante bien conservado. En algunos sitios se observan focos hemorrágicos, siempre muy pequeños.

“Más alejado aún del centro, en plena zona glomerular, vemos cómo la infiltración celular del tejido intersticial ha ido decreciendo hasta desaparecer del todo en algunos sitios. Los tubos contorneados conservan completamente su estructura, las células presentan su morfología y afinidad por los colorantes; en cuanto a los glomérulos, no presentan otra alteración que una congestión moderada, congestión que es también notable en el tejido intersticial.

“De acuerdo con las características descriptas se trata, pues, de un proceso inflamatorio agudo, cuya intensidad ha llegado en algunos sitios a provocar en el parénquima renal focos de necrosis y abscesos en diferentes sitios de dicho parénquima”.

Observación N° 2 (Sociedad de Cirugía de Rosario, T. V, 1938, pág. 201). — María O. de C., 24 años, argentina, casada. Ingresa al Instituto el 2 de abril del corriente año.

Sus antecedentes hereditarios y personales no tienen importancia.

Hace aproximadamente un mes tiene un proceso supurado del dedo anular

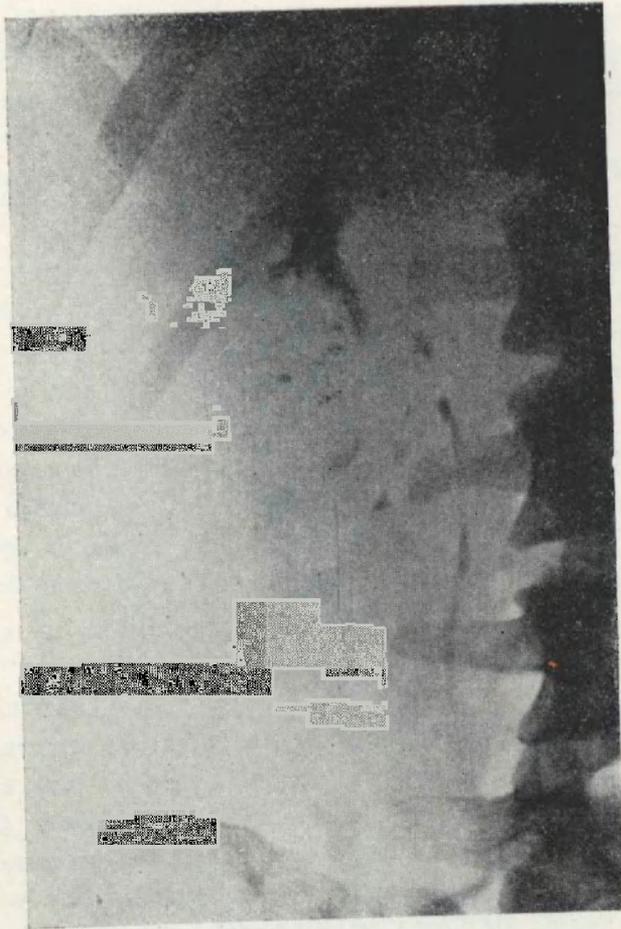


FIGURA 5. - Obs. 2. — Pielografía por excreción que demuestra falta parcial de relleno de la pelvis y cálices inferiores y medios.

izquierdo, el cual ha curado en la fecha de su ingreso. A los 10 días comienza a tener temperatura de 38° a 39° y dolor localizado en hipocondrio, flanco y región lumbar derecha. Es atendida por un facultativo quien diagnostica fiebre tifoidea y la somete a una severa dieta líquida. Sin embargo, como notara la aparición de una tumoración en su hipocondrio derecho, aconseja a la enferma su internación en el Instituto. No ha habido trastornos miccionales, sus orinas han sido claras.

*Estado actual.* — Enferma muy desnutrida. Piel y mucosas pálidas, lengua húmeda, saburral. Pulso rápido, 105 por minuto, tonos netos, presión arterial Mx. 10.2. Abdomen: plano, depresible. A nivel del hipocondrio y flanco

derecho se palpa una masa tumoral de límites difusos, con contacto lumbar y que pelotea, dolorosa. Hay una discreta contractura de los músculos sacrolumbares de dicho lado.

*Examen genital negativo.* — Cistoscopia: buena capacidad, mucosa de aspecto normal, orificios ureterales bien implantados. Cromocistoscopia: riñón

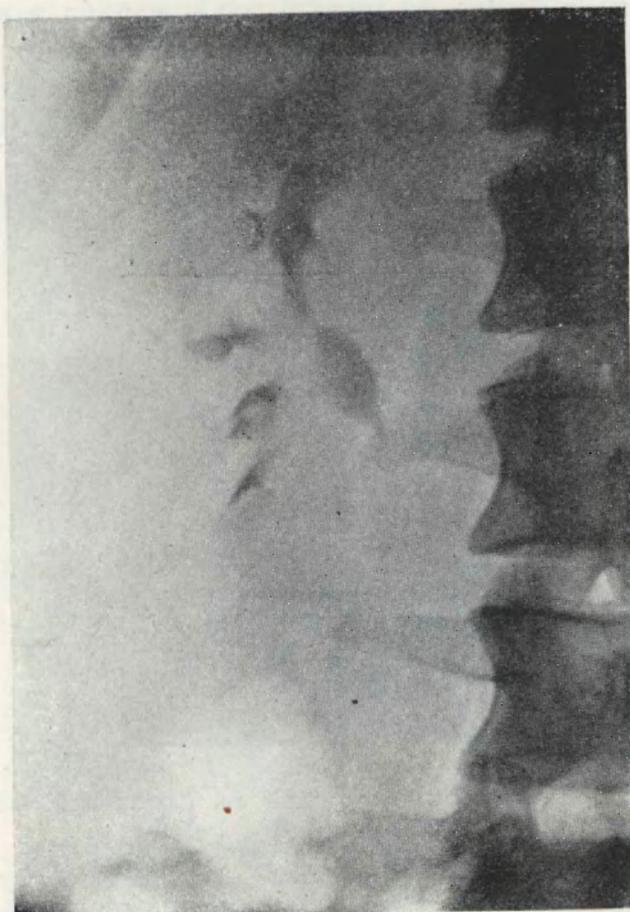


FIGURA 6. - Obs. 2. — Pielografía por excreción un mes después de la intervención, que demuestra las cavidades renales con su aspecto normal.

izquierdo: comienza la eliminación a los 3  $\frac{1}{2}$  minutos adquiriendo su máxima intensidad a los 4  $\frac{1}{2}$  minutos. Riñón derecho: inicia la eliminación a los 4 minutos y adquiere igual intensidad del riñón izquierdo a los 5  $\frac{1}{2}$  minutos. Buen ritmo regulador, sin retardo. Radiografía simple del aparato urinario: se visualizan las sombras renales; del lado derecho riñón bajo. No hay imágenes patológicas. No hay desaparición de la sombra del psoas. Pielografía endovenosa: cavidades renales izquierdas de aspecto normal. Del lado derecho se visualiza un cáliz superior dilatado discretamente, falta parcial de relleno de los cálices inferiores. Buena eliminación de ambos lados.

Examen de orina: albúmina y glucosa no. Alguno que otro leucocito granuloso en el sedimento. Sangre: úrea en suero: 0.35 por mil. Recuento globular: rojos 3.960.000; hemoglobina 78 %; glóbulos blancos 77.800. Neutrófilos: 81.7 %; linfocitos: 10.7 %; Monocitos: 7.4 %.

Efectuamos una punción posterior sin extraer pus.

Por la evolución anterior de la tumoración inflamatoria, por la visualización radiográfica de la sombra del psoas y por la punción negativa, hacemos el diagnóstico de flemón perinefrítico anterior, que suponemos es secundario a un ántrax del polo inferior del riñón por la imagen de falta de relleno que revela la pielografía endovenosa. En estas condiciones intervenimos al enfermo.

*Operación.* — Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía anatómica. La



FIGURA 7. - Obs. 2. — Fotografía del ántrax enucleado.

cara posterior del riñón está libre. Se aborda la cara anterior en cuya maniobra el riñón se decapsula. Sobre la cara anterior y en polo inferior, haciendo un pequeño relieve sobre la superficie del parénquima, hay una lesión del diámetro de una moneda de 20 ctvs. de superficie irregular y sembrada de focos amarillentos que resuman pus. En la cápsula correspondiente a esta zona existe un pequeño orificio que se entrea bre con el dedo evacuándose ampliamente su flemón que ocupa la cara anterior de la cápsula. La zona ya descrita en la cara anterior del riñón es dura a la palpación y se tiene la impresión al tocarla, de un nódulo profundo. Al explorar su contorno se encuentra con el dedo un plano de clivaje siguiendo el cual es posible con toda facilidad extirpar en block el tumor inflamatorio. La loge que queda después de la extirpación del tumor, da sangre en napa en regular cantidad, pero que se cohibe inmediatamente colocando una tira de gasa apelotonada en forma de taponaje. A través de la cápsula se drena la cavidad dejada por la evacuación del flemón perinefrítico con dos tubos. Cierre de la pared: lino a la piel.

*Post-operatorio.* — Temperatura que se mantiene durante 8 días alrededor de 37.5 a 38° y que luego se hace normal. La herida drena abundantemente durante los primeros días y luego paulatinamente tiende a disminuir. Hay una gran mejoría del estado general. A los 45 días del ingreso la enferma es dada de alta curada. El examen del pus demuestra la presencia de estafilococos en abundancia.

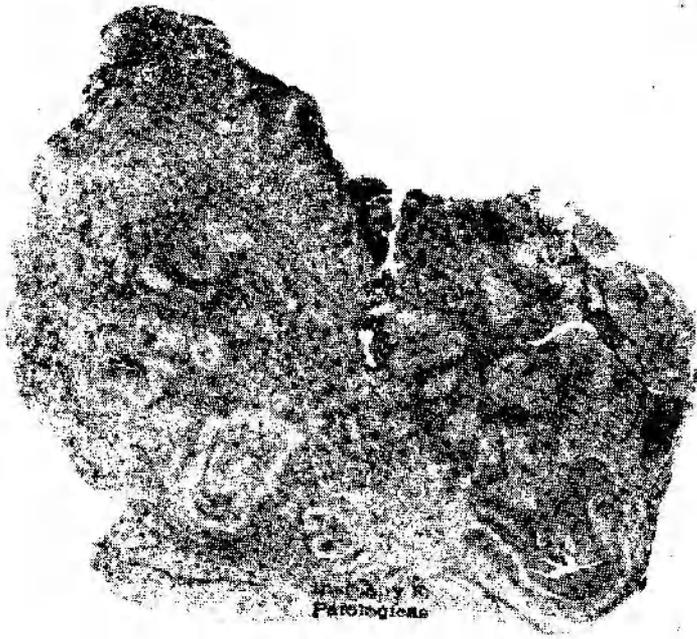


FIGURA 8. - Obs. 2. — Microfotografía (Prof. Cid): La fotografía muestra un corte topográfico de toda la pieza extirpada. Está constituida por tejido renal reconocible en la periferia, el cual es asiento de un proceso inflamatorio muy intenso con la constitución de múltiples abscesos de diversos tamaños. En la periferia se encuentra una leve esclerosis de encapsulamiento.

Antes de darse de alta la enferma se obtiene una nueva pielografía endovenosa que revela de ambos lados cavidades absolutamente normales y buena eliminación.

A los 20 días de darse de alta la enferma reingresa nuevamente al Instituto porque tiene desde hace 2 días temperatura elevada, quejándose de un discreto dolor del lado operado en la región lumbar. Se le hacen 2 inyecciones de propidón. Sus dolores desaparecen y la temperatura vuelve a lo normal. En esta ocasión hicimos una nueva pielografía que revela que las cavidades renales son de aspecto y conformación normal.

*Examen de la pieza.* — El tumor extraído tiene el volumen de una nuez, es de forma piramidal, con la base dirigida hacia la corteza y el vértice hacia el hilio del riñón, es de consistencia firme. Al corte se observa ocupado por una serie de abscesos pequeños que alternan con algunas zonas ligeramente hemorrágicas y otras de aspecto necrótico. No se ven en él restos de tejido con aspecto de parénquima renal.

El estudio histológico practicado por el Prof. Cid dice: la pieza esta constituida por una cuña de tejido renal con profundas modificaciones de su estructura, debido especialmente a la existencia de grandes acúmulos de leucocitos polinucleares formando micro-abscesos. El resto del tejido intersticial está muy aumentado y esclerosado en relación siempre con un proceso inflamatorio difuso y más discreto. En la parte más profunda se encuentra parénquima renal prácticamente indemne que se continúa gradualmente con el proceso inflamatorio descripto.

*Diagnóstico histopatológico.* — Nefritis purulenta en focos.

*Observación Nº 3.* — Justo C. F., 38 años. Ingresa al Servicio de Clínica Quirúrgica el 8 de noviembre de 1937, enviado por el Prof. Staffieri.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — A los 16 años blenorragia que se repite a los 8 meses, curando en poco tiempo. Constipado crónico.

*Enfermedad actual.* — Hace aproximadamente 4 meses tuvo un forúnculo a nivel de la región glútea que curó bien con medicación casera. Al mes comienza a llamarle la atención la notable acentuación de su habitual estreñimiento al mismo tiempo que aparece fiebre que oscila entre 38° y 39°, decaimiento general, escalofríos, especialmente en horas de la tarde; pérdida del apetito y pérdida de peso. Agrega que conjuntamente con la aparición de los síntomas ya referidos comienza a notar ligero dolor a nivel de la región lumbar e hipocondrio izquierdo. Este dolor es continuo, sin irradiación, que en algunos momentos se exacerba sin haber llegado nunca a adquirir gran intensidad. Refiere no tener trastornos en el ritmo miccional ni haber notado alteraciones en el aspecto de las orinas.

El enfermo ingresa al Servicio del Prof. Staffieri donde se levanta el siguiente

*Estado actual.* — Enfermo en decúbito dorsal indiferente, afebril. Piel y mucosas ligeramente pálidas, lengua húmeda, saburral. Aparato cardiovascular: pulso igual, regular, isócrono, 78 al minuto. Tensión arterial: Mx. 11. Mn. 7. Tonos netos en los 4 focos. Abdomen: plano, depresible, doloroso a la palpación del hipocondrio izquierdo como así también en fosa iliaca izquierda donde se palpa cuerda cólica. Hígado y bazo no se palpan. Riñones: se palpa el polo inferior del riñón izquierdo. Resto del examen clínico nada de particular.

Como el enfermo se encuentra afebril, sus dolores se han atenuado y no hallando al examen clínico general nada de particular, es dado de alta,

Reingresa al mismo Servicio a los 15 días por referir el enfermo que desde hace 3 días tiene fiebre, malestar general, astenia, tos seca y dolores a nivel de la región lumbar izquierda e hipocondrio del mismo lado. La fiebre y el decaimiento persisten. La palpación del riñón izquierdo demuestra que él se halla aumentado de volumen, muy doloroso, de superficie irregular, tiene contacto lumbar y hay defensa de los músculos lumbares. En dicha sala le fueron practi-

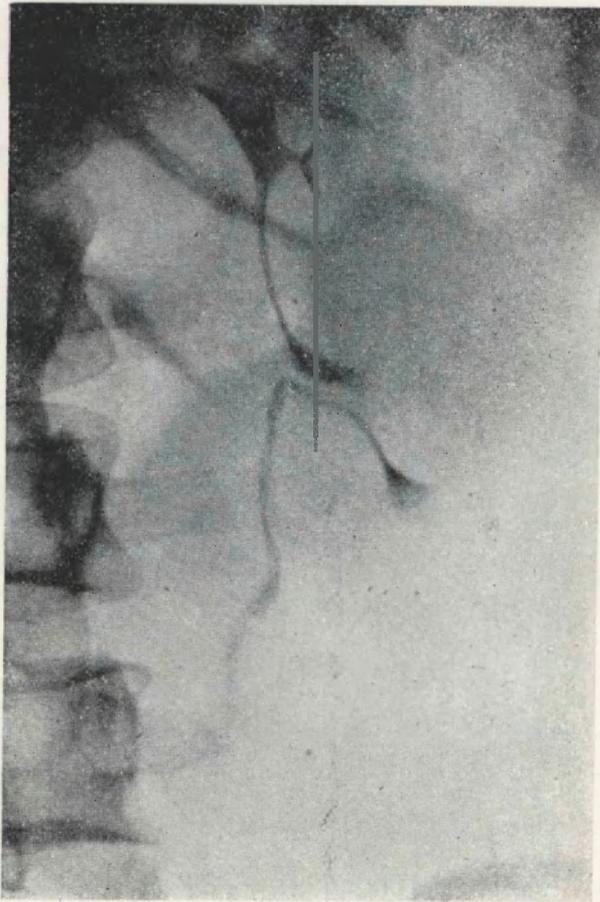


FIGURA 9. - Obs. 3. — Falta de relleno del cáliz medio. Cálices superior e inferior rechazados hacia la línea media.

cados los siguientes exámenes: glóbulos rojos: 4.200.000. Hemoglobina: 87 %. Glóbulos blancos: 11.600. Polimorfos nucleares, 65 %; eosinófilos, 5 %; linfocitos pequeños, 13 %; medianos, 10 %; monocitos: 10 %. (Octubre 5). Orinas Albúmina, 0.20 por mil. Glucosa: no contiene. Sedimento: no se observa pus ni hematíes. Examen de esputo: no se observan bacilos de Koch. Urea en sangre: 0,22 por mil.

En estas condiciones ingresa al Servicio de Clínica Quirúrgica del Prof. Cames, donde se levanta el siguiente

*Estado actual:* — Enfermo en regular estado de nutrición; piel y mucosas algo pálidas, lengua húmeda, saburral. Aparato cardio-vascular: tonos normales, pulso taquicárdico, 110 al minuto. Presión arterial: Mx., 11,5; Mn., 7 cms. Abdomen: plano, depresible, en todo el hemiabdomen derecho, indoloro igualmente en esta región. La palpación del flanco izquierdo e hipocondrio del mismo lado resulta exquisitamente dolorosa. Riñón izquierdo: palpación dificultada por la contractura muscular posterior, alcanzándose a palpar un riñón



FIGURA 10. - Obs. 3. -- Se dibuja en el borde convexo del riñón, parte media, la zona ocupada por el ántrax cuyo diámetro vertical es de 5 cms.

grande, muy doloroso. Uretra: estrechez filiforme de uretra anterior. Testículo y epidídimo nada de particular. Próstata normal.

*Exploración radiográfica,* -- Urografía por excreción que demuestra del lado derecho cavidades de aspecto normal; del lado izquierdo sombra renal grande. Cálices superior e inferior rechazados hacia la línea media. Apenas se esboza un cáliz medio. Desaparición de la sombra del psoas del lado izquierdo.

Se practica una punción a nivel del ángulo costo-muscular, extrayéndose un pus bien ligado cuyo examen revela la presencia de estafilococos.

*Exámenes de laboratorio.* -- Orina: albúmina vestigios; glucosa no; sedimento: se observa regular cantidad de glóbulos de pus. Constante de Ambard:

Orina en 1 hora: 50 c.c. Urea en orina: 13.25 gr. por mil. Débit: 15.90 gr.  
Urea en suero, 0.38 gr. por mil. K. 0.100.

Sangre: Glóbulos rojos: 5.000.000. Glóbulos blancos: 9.800. Hemo-  
globina: 52 %. Fórmula leucocitaria: Neutrófilos 72 %. Linfocitos: 26 %.  
Monocitos: 1 %. Eosinófilos: 1 %.

Con el diagnóstico de hemón perinefrítico y pionefritis concomitante es  
intervenido.

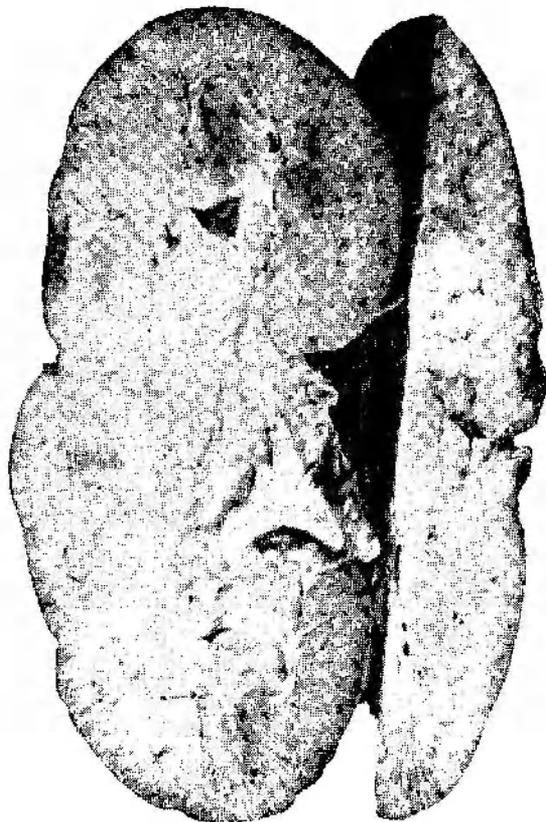


FIGURA II. - Obs. 3. — Corte sagital del riñón. Los límites del  
ántrax están bien delimitados y hacia la parte más profunda  
hay una pequeña zona ocupada por un absceso.

*Operación.* — Anestesia etérea. Lumbotomía anatómica cortándose par-  
cialmente el dorsal ancho y el oblicuo mayor. Al llegar a la loge renal se cons-  
tata la existencia de una colección purulenta abundante, localizada en la celda  
posterior, a base de un pus bien ligado, sin olor. Evacuada ésta se explora el  
riñón el cual se encuentra aumentado de tamaño. A nivel de la parte media  
de su cara posterior existe un zona de unos 5 cms. de diámetro, de aspecto irre-  
gular, con pequeños focos purulentos, lesión de tipo antracoide. Se practica una  
nephrectomía subcapsular librándose en el polo superior un vaso polar que se  
corta y se liga. Ligadura por separado del uréter. Se deja un tubo y dos gasas  
de drenaje. Aproximación de los planos musculares, lino a la piel.

*Post-operatorio.* --- La temperatura se normaliza al 6º día, buena cicatrización de la herida. Es dado de alta a los 15 días, curado.

Examen de la pieza operatoria: Riñón de tamaño conservado. En la cara posterior, parte media, existe una zona de forma ovoidea, con el eje mayor vertical, de unos 5 cm. por 2 ½ cms., de superficie irregular, que hace ligero relieve en la superficie del riñón y que sobre un fondo de aspecto necrótico, de coloración oscura, presenta pequeños focos de pus. Al corte se constata que la tumoración tiene una forma piramidal con el vértice dirigido hacia la medular y en la parte más profunda presenta una zona reblandecida con tendencia a la

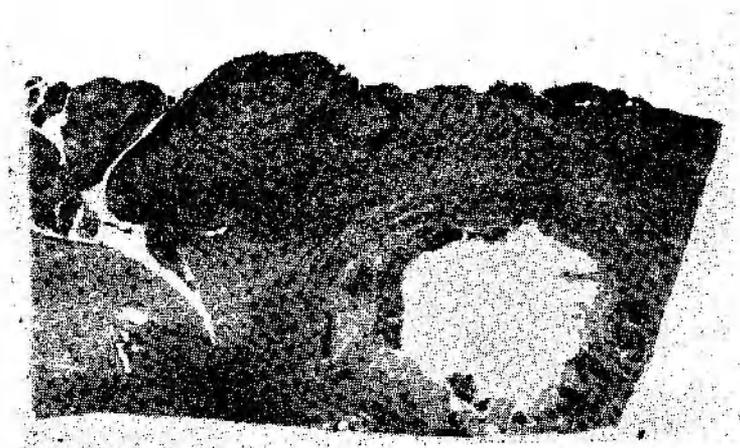


FIGURA 12. - Obs. 3. — Microfotografía (Prof. Cid): Se reconoce el órgano renal pero profundamente alterado por la existencia de un gran absceso profundo y lesiones extensas superficiales con erosión de la cortical. Alrededor del absceso mayor comienza a formarse una condensación fibrosa. En la parte superficial la erosión ha sido determinada por multitud de pequeños abscesos confluentes. Existe además restos de hemorragia.

formación de un absceso, del diámetro de 1 cm. No hay comunicación evidente con las vías excretoras.

*Estudio histopatológico.* — que debemos a la gentileza del Prof. Cid: El parénquima renal aparece en extensas zonas profundamente alterado y en gran parte irreconocible debido a la existencia de un proceso inflamatorio. Gran cantidad de leucocitos polineucleares ocupan los espacios intersticiales y además forman numerosos abscesos de diversos tamaños. Uno de estos abscesos mide 1,5 cm. de diámetro. La superficie del órgano aparece con una extensa ulceración con abundantes fenómenos hemorrágicos y supurativos.

*Diagnóstico.* — Nefritis purulenta en foro. Abscesos múltiples.

*Observación N° 4.* — José C., 29 años, italiano, casado. Ingres a nuestra clínica privada el 5 de agosto de 1936.

*Antecedentes personales.* — No hay venéreas. Hace 7 meses forúnculos en la nuca y en el brazo derecho. No es constipado. No es fumador ni bebedor.

*Enfermedad actual.* — Hace 5 meses inicia dolor en la fosa lumbar izquierda acompañado de temperatura, que llega hasta 39°, siendo tratado médicamente con el diagnóstico de tifoidea. Hace un mes se interna en un sanatorio de esta

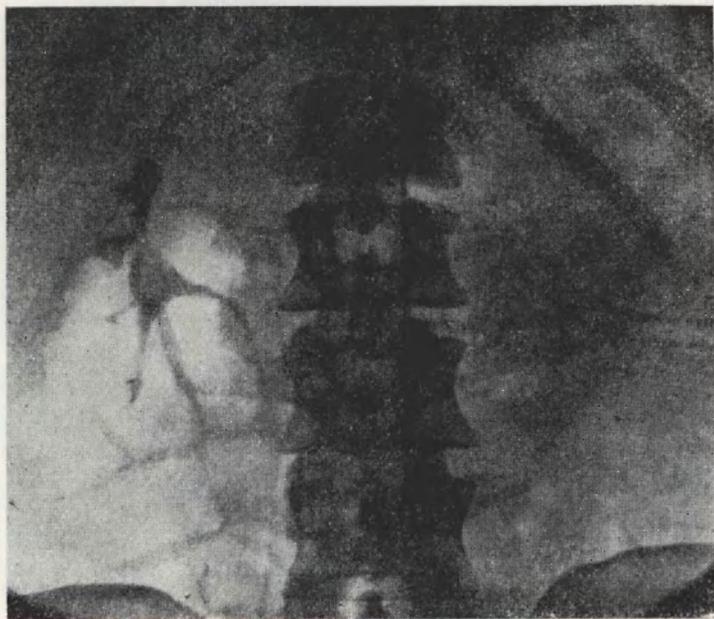


FIGURA 13. - Obs. 4. — Urografía por excreción. Cavidades renales del lado derecho de aspecto normal. Del lado izquierdo no hay eliminación del líquido de contraste.

ciudad siendo intervenido. Le efectúan una lumbotomía y como al llegar a la fascia renal se encuentran con un tejido duro, se le extrae un trozo para biopsia, siendo dado de alta con el diagnóstico de cáncer del riñón. Su cuadro febril persiste por cuyo motivo el enfermo ingresa al Instituto.

*Estado actual.* — Enfermo bien constituido, de escaso panículo adiposo, facies febril, piel y mucosas pálidas, tensión arterial: Mx., 13. Al examen general no se encuentra nada de particular. Abdomen: blando, depresible salvo en hipocondrio derecho donde la palpación despierta francamente dolor y donde alcanza a palpase profundamente una tumoración. Riñón derecho no se palpa. En la palpación del riñón izquierdo se constata: contractura franca de los músculos posteriores que da la sensación de una verdadera tabla. En la palpación bimanual se demuestra una tumoración que ocupa el hipocondrio y el flanco izquierdo evidentemente posterior, regular, inmóvil con los movimiento respi-

ratorias, con contacto lumbar, dolorosa. Existe una escoliosis acentuada de la columna con cavidad hacia el lado izquierdo. Radiografía simple: Se demuestra la escoliosis ya descrita y además una desaparición de la sombra del psoas del mismo lado.

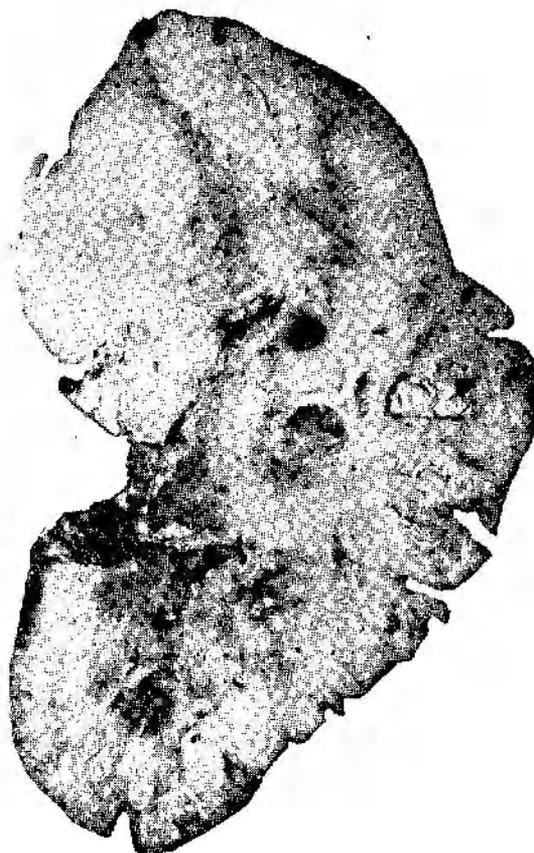


FIGURA 14. - Obs. 4. -- Corte sagital del riñón que revela que todo el órgano está reemplazado por la formación del ántrax (Riñón esponjoso de Huguer).

*Pielografía endovenosa.* -- Del lado derecho cavidades de aspecto normal. Del lado izquierdo dilatación discreta de las cavidades.

*Radiografía del pulmón.* -- Nada de particular.

Se efectúa una punción exploradora extrayéndose después de atravesar un tejido duro y al parecer de bastante espesor unos centímetros cúbicos de un pus bien ligado cuyo examen bacteriológico revela la presencia de estafilococos. Examen de sangre: hemoglobina 80 %; glóbulos rojos + 300 000; glóbulos blancos 17.100. Urea en suero 0.40 por mil. Orina: albúmina vestigios pronunciados; glucosas no; sedimento: escasa descamación y uratos amorfos. Raros leucocitos granulosos.

Con el diagnóstico de flemón perinefrítico intervenimos nuestro enfermo.

*Operación.* — 8 de agosto de 1936. Éter narcosis. Incisión lumbar sobre la antigua cicatriz operatoria. Se seccionan en una pequeña extensión los músculos que tienen el aspecto de congelados. Abierta la loge, que está constituida por un grueso tejido fibroso; sale abundante pus sin olor. Con el dedo se palpa la cara posterior del riñón, no siendo posible precisar nada de particular. Tubo de drenaje.

*Post-operatorio.* — La temperatura tiende a descender. Secreción abundante los primeros días para desaparecer por completo. Buena cicatriz operatoria.

8 de septiembre de 1936: El enfermo, que había continuado sin temperatura, tiene desde hace una semana, picos subfebriles, con dolor moderado en la región del hipocondrio izquierdo, palpándose nuevamente una masa lumbar que se interpreta como una recidiva de su hemón. La herida se pone roja.

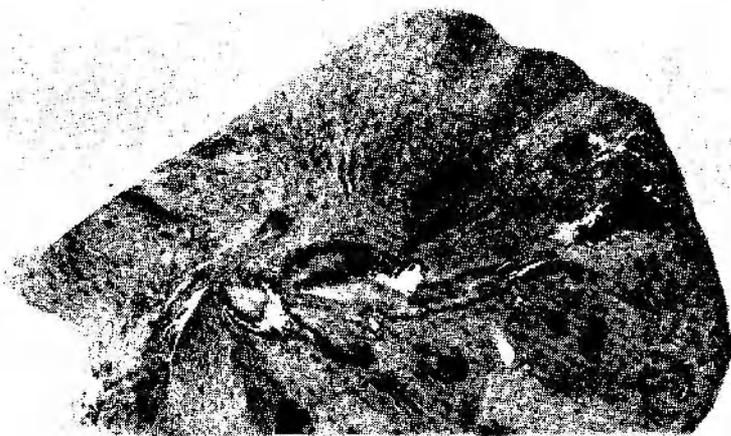


FIGURA 15. - Obs. 4. — Microfotografía (Prof. Cid): Abscesos múltiples del sistema cortical y medular. Aumento: 4.5 D.

*Operación.* — 8 de septiembre de 1936. Éter narcosis. Se entreabre nuevamente la herida operatoria y se drena una colección de pus con el mismo aspecto que la vez anterior. Tubo de drenaje.

*Post-operatorio.* — El enfermo persiste con su temperatura que tiende a aumentar hasta llegar a 39.5°. La temperatura por momentos es en agujas. El estado general desmejora rápidamente. Una nueva urografía por excreción revela, del lado derecho las cavidades renales de aspecto normal y en cambio del lado izquierdo no hay eliminación del líquido de contraste. En estas condiciones y teniendo en cuenta el proceso febril que persiste a pesar de un buen drenaje y la falta de visualización de las cavidades renales en la urografía por excreción, hacemos el diagnóstico de pionefritis y después de mejorar el estado general con transfusiones de sangre resolvemos la reintervención del enfermo.

*Operación.* — 26 de septiembre de 1936. Éter narcosis. Incisión lumbar amplia. Llegado a la loge se constata que el riñón es muy grande, de superficie

irregular, sembrado de focos purulentos y el todo con el aspecto de un gran ántrax. Nefrectomía. Tubo de drenaje: cierre parcial de la herida operatoria.

*Post-operatorio.* — La temperatura desciende a lo normal y el estado general mejora rápidamente. Se sacan los tubos a los 10 días. Buena cicatriz operatoria. El enfermo es dado de alta curado.

*Examen de la pieza operatoria.* — Riñón aumentado de tamaño, de superficie irregular, haciendo relieve pequeños nódulos de coloración amarillenta. Al corte se constata que todo el parénquima renal está transformado en un tejido de aspecto fibroso, que engloba pequeñas zonas que corresponden a focos reblandecidos con el aspecto de abscesos o de un tejido al parecer necrótico. El todo tiene una semejanza evidente con un ántrax de la piel.

*Estudio histopatológico* que debemos agradecer al Prof. Cid: El parénquima renal aparece profundamente alterado por un proceso exudativo leucocitario. Los polinucleares disocian e invaden los tubos. Estos elementos forman numerosos microabscesos y otros abscesos de tamaño mayor, alguno de los cuales confluyen. Diagnóstico histopatológico: nefritis intersticial purulenta. Abscesos múltiples.

De acuerdo con Graves y Parkins el diagnóstico preoperatorio del ántrax del riñón se ha hecho tan sólo 11 veces sobre 67 casos, cifra que es necesario destacar y que está en contradicción con los resultados de nuestra experiencia personal en que hemos podido llegar al diagnóstico previo en las 4 observaciones gracias al control pielográfico. Es por ello que queremos llamar particularmente la atención en este trabajo sobre el valor de la radiología para el diagnóstico del ántrax del riñón, ya que se desprende de nuestra experiencia y de la de los autores que han hecho esta exploración, que la pielografía es el mejor elemento de que dispone el especialista para llegar al diagnóstico de este proceso.

En efecto, ella ha sido terminante en nuestras 4 observaciones y ha dado elementos de diagnóstico positivo en 25 casos (64 %) de los 39 en que se hizo esta exploración en la serie de Huguier, mientras que en 11 casos (28 %), ella fué normal y finalmente en 3 las imágenes insuficientes en urogramas de excreción no permitieron sacar conclusiones definitivas.

La imagen pielográfica del ántrax es en términos generales la de un tumor del riñón y a tal punto es así que este error diagnóstico ha sido cometido en algún caso (Marion), error diagnóstico que es posible si recordamos la forma clínica del cáncer febril del riñón. En las observaciones ya citadas de Huguier se constató

según los casos: compresión de los pequeños cálices (2 casos), modificación del sitio de un gran cáliz (7 casos), cáliz alargado (4), cáliz estrechado (2), cáliz alargado y estrechado (3), cáliz parcialmente lacunar (3), uréter rechazado (2). Se observan, además de las imágenes de compresión, imágenes semejando cavernas por relleno de las zonas necrosadas o reblandecidas. En 2 de nuestras observaciones existían imágenes de falta de relleno, mientras que en otra se observaba además el desplazamiento de los grandes cálices superior e inferior.

El ántrax del riñón se exterioriza en general clínicamente por el cuadro del flemón perinefrítico, como se deduce de nuestra experiencia personal y de la casuística publicada. Sobre 68 observaciones de Cibert y Klajman, 43 coexistían con un flemón perirrenal y nuestras 4 observaciones llegaron a la consulta con el cuadro clásico de este último proceso. Si tenemos en cuenta además que todos los flemones perirrenales son secundarios a una pionefritis, dentro de cuya denominación se incluye el ántrax, es lógico que el médico frente a este proceso deba pensar en la posibilidad de que el foco primitivo localizado en el riñón pueda estar constituido por un ántrax.

Y en este sentido es fundamental que efectúe las investigaciones pertinentes, no por un interés especulativo, sino porque ello tiene desde el punto de vista práctico un valor extraordinario.

En un número menor de casos, el enfermo llega a la consulta sin la complicación del flemón perirrenal. Presenta en este caso el cuadro de infección general más o menos evidente según la intensidad del proceso, agregado a síntomas dolorosos de localización lumbar.

En cualquiera de ambos casos es común que el enfermo relate en sus antecedentes, en general uno o dos meses antes, la existencia de un foco supurado alejado, (forúnculo, ántrax, panadizo etc.).

Y bien, si tenemos en cuenta de que el examen de la orina es en general negativo por lo que se refiere a la presencia de pus, ya que el ántrax excepcionalmente evoluciona hacia las cavidades del riñón, debemos aceptar de que el elemento de juicio fundamental para el diagnóstico estará dado por las alteraciones en el pielograma que acabamos de estudiar. Y en este sentido el médico dispone como elemento de gran valor, del urograma por excreción.

que, como acabamos de ver en nuestras observaciones relatadas, ha permitido el diagnóstico en los 3 casos en que él fué efectuado. Sin contar que aún en el caso de una mala pielografía por déficit funcional del riñón, una imagen negativa tiene un gran valor diagnóstico tratándose de un enfermo portador de un flemón perinefrítico. En los casos de duda será necesario recurrir a la pielografía por cateterismo.

Hecho el diagnóstico de ántrax, la conducta terapéutica será la intervención quirúrgica. En este sentido distintos tipos de operaciones podrán efectuarse y ello dependerá de la localización del ántrax y de la cantidad de parénquima renal conservado. Cuando el ántrax ha tomado gran parte del parénquima o localiza a nivel del cuerpo del riñón profundamente, la indicación más franca será la nefrectomía; de lo contrario nuestra orientación debe tender a una operación conservadora.

La nefrectomía se ha hecho en unos casos, la mayoría, como única intervención y en otros secundariamente al drenaje de un flemón perinefrítico, en cuyo momento había pasado desapercibido el ántrax. Las dificultades operatorias dependen del grado de esclerosis de la atmósfera perirrenal, que puede hacer difícil la liberación del riñón y en este sentido cabe destacar que será tanto más laboriosa la intervención, cuanto más prologadas sea la evolución del ántrax o cuanto más tiempo transcurra entre el momento del drenaje del flemón perinefrítico y el abordaje del riñón en el caso de una nefrectomía secundaria.

La mortalidad operatoria fué del 10 % en los 50 casos de nefrectomía primitiva recopilados por Huguier y en cambio esta cifra se eleva al 50 % en las 8 nefrectomías secundarias de la serie de Cibert y Klajman. Por nuestra parte queremos destacar que en las 3 observaciones en que efectuamos la nefrectomía y de las cuales en 2 fué una nefrectomía secundaria, no tuvimos mortalidad operatoria.

Dentro de las intervenciones conservadoras podemos citar: la decapsulación y drenaje, el drenaje y termocauterización o curetaje de la lesión, la nefrotomía, la nefrectomía parcial, la enucleación del ántrax. El drenaje previa decapsulación o termocauterización, estarán indicados solamente en aquellos casos en que el ántrax tenga tendencia a evolucionar a la abscedación y que por su importan-

cia no justifique una terapéutica más radical. De lo contrario deben pesar en nuestra conducta terapéuticas dos intervenciones que reúnen las condiciones ideales en la terapéutica conservadora, cual es la eliminación del proceso supurado en su totalidad. Nos referimos a la enucleación del ántrax y a la nefrectomía parcial. Frente a estas dos intervenciones no es posible dudar en la elección, ya que la enucleación reúne la condición ideal para la terapéutica de este proceso por ser posible en forma sencilla y rápida, sin abrir nuevos focos de infección y al parecer sin grandes riesgos operatorios, eliminar el foco supurado en los mismos límites con el parénquima renal sano. En efecto, existe, como lo ha demostrado por primera vez Israel y posteriormente Hotckiss y Neff, la posibilidad de establecer un plano de clivaje entre ántrax y el tejido renal sano. Ello permitió por primera vez a Neff efectuar esta intervención, enucleando suavemente el ántrax con el dedo por dicho plano de clivaje. La experiencia ha demostrado a través de los casos intervenidos por Neff, Hotckiss, Beer, Chevassu y nosotros y las observaciones anatómicas de Horn, Reschk, Barth, Nicolich y Fischer que es posible por la disposición anatómica del ántrax establecer este plano de clivaje y en consecuencia llegar a este tipo ideal de cirugía conservadora.

#### CONCLUSIONES

1° El ántrax del riñón no es tan extraordinariamente raro como parecería deducirse de la reducida casuística publicada.

2° El ántrax del riñón evoluciona excepcionalmente hacia las cavidades del riñón y en cambio tiene tendencia a infectar la atmósfera perirrenal, originando un flemón perinefrítico, complicación por la cual el ántrax se exterioriza clínicamente en un número elevado de casos.

3° El diagnóstico de ántrax del riñón se basa fundamentalmente en los datos que proporciona la urografía. En este sentido se puede afirmar que las imágenes pielográficas son semejantes a las de los tumores del riñón.

4° En presencia de un flemón perinefrítico el médico debe hacer como exploración sistemática un urograma por excreción, que le permitirá en un número elevado de casos, llegar al diagnóstico de la lesión primitiva en el parénquima.

5° Hecho el diagnóstico de ántrax, la indicación operatoria se impone. En los casos de lesiones muy extendidas o de localización central estará indicada la nefrectomía y en caso contrario podrá tentarse una operación conservadora: decapsulación y drenaje, termocauterización, nefrectomía parcial, enucleación del ántrax.

6° Es necesario destacar la importancia de la enucleación del ántrax, operación que se ha efectuado pocas veces hasta la fecha, pero que reúne las condiciones ideales en la cirugía conservadora de este proceso.

#### BIBLIOGRAFIA

1. -- *Brady L.*: Carbuncle of the Kidney. (Metastatic Staphylococcus abscess of the Kidney Cortex).  
The Journal of Urology, T. XXVII, 1932, Pág. 295.
2. -- *Cibert y Klajman*: L'antrax du rein.  
Journal d'Urologie, T. XLIV, 1937, Pág. 273.
3. -- *Chevassu*: Abscès corticaux du rein.  
Jurnal d'Urologie, T. XXXVI, 1933, Pág. 105.
4. -- *Chevassu*: A propos de l'enucleation des antrax du rein.  
Journal d'Urologie, T. XLIII, 1937, Pág. 272.
5. -- *Dick B. B.*: Staphylococcal Suppurative Nephritis (Carbuncle of the Kidney).  
The British Journal of Surgery, T. XVI, 1928-29, Pág. 106.
6. -- *Ercole R.*: Antrax del riñón en una niña de 9 años. Valor diagnóstico de la pielografía.  
Sesión del Círculo Médico de Rosario, Sept. 15 de 1933. Revista Médica de Rosario, 1933, Pág. 938.
7. -- *Ercole R.*: Antrax del riñón.  
Anales de Cirugía, T. I, 1935, Pág. 103 y Revista de Cirugía de Buenos Aires, 1934, Pág. 458.
8. -- *Ercole R. y Fort A.*: Antrax del riñón. Enucleación del ántrax.  
Anales de Cirugía, T. IV, 1938, Pág. 98 y Sociedad de Cirugía de Rosario, T. V, 1938, Pág. 201.
9. -- *Graves y Parkins*: Carbuncle of the Kidney.  
Journal of Urology, T. XXV, 1936, Pág. 1.
10. -- *Hotchkiss*: On excision of the infarct in acute hematogenous infections of the Kidney.  
Ann. of Surgery, T. LVII, 1913, Pág. 226.
11. -- *Huguier J.*: L'antrax du rein.  
G. Doin y Cía. París, 1939.
12. -- *Israel, James y Willy*: Chirurgie des Niere und des Harnleiters. Leipzig, 1925.

13. — *Ingrish*: Carbuncle of the Kidney.  
Journal of Urology, T. XLII, 1939, Pág. 326.
14. — *Motz Ch.*: Les pyonéphrites.  
Archives Urologiques de la Clinique de Necker, T. VII, 1931, Pág. 221.
15. — *Nell J. H.*: Enucleable multilocular abscesses (Carbuncle of the Kidney).  
Annals of Surgery, T. XCIII, 1931, Pág. 506.
16. — *O'Connor V. J.*: Carbuncle of the Kidney.  
The Journal of Urology, T. XXX, 1933, Pág. 1.

#### DISCUSION

Dr. Trabucco. — *El mes pasado presentamos en la Conferencia de Médicos del Hospital Rawson un caso de ántrax del riñón en un chico de 15 años. Es un caso interesante por la dificultad diagnóstica. Tiene fiebre durante 30 días y es llevado a la sala por un colega amigo, presentando un riñón palpable. Este chico presentaba además una marcada ginecomastía e implantación de pelos en el pubis a la manera femenina. Nuestra primera intención fué pensar en un flemón perinefrítico a cara anterior por la palpación muy marcada del abdomen anterior y la fiebre, pero la presencia de ginecomastía nos puso en duda y pensamos en un tumor infectado.*

*La pielografía ascendente efectivamente demostró una tumoración en el polo inferior que era abarcada por el cáliz medio e inferior, a manera de tenaza. Lo llevamos a la intervención con los dos diagnósticos, por así decir, la probabilidad del ántrax del riñón y la probabilidad de un tumor infectado, inclinándonos más, a último momento, al ántrax de riñón por la fiebre de 40 grados que tenía este enfermito.*

*La intervención deparó la sorpresa de ser un gran ántrax de riñón con una gran reacción de la cara anterior. Hicimos nefrectomía y a pesar de todos los cuidados que hemos puesto, no pudimos evitar la gran infección de estafilococos de la celda renal, que tuvo a este pequeño durante un mes en estado francamente desesperante, del que pudimos sacarlo con sulfanilamida.*

*Quisiera hacer otras consideraciones sobre este caso. El diagnóstico pielográfico con urografía de excreción, como presentó el doctor Ercole en sus dos últimos casos, es un poco difícil de hacer si se ve exclusivamente la pielografía. El diagnóstico pielográfico por esa pielografía, a mi juicio, no se puede llevar a cabo. La pielo-*

grafía de excreción es una pielografía fisiológica y la amputación o falta de relleno de un cáliz no nos indica de que existe amputación de cáliz. En ese momento, puede haber un cáliz contraído, un cáliz en sístole, un cáliz que no funciona. En fin, infinidad de contingencias pueden acaecer en una pielografía por excreción que no se visualizan. Me parecería más conveniente una pielografía por relleno ascendente. Ahora, si le agregamos a la pielografía de excreción, la sintomatología del enfermo, el drenaje que ha soportado por vía lumbar y los antecedentes, podemos hacer un diagnóstico de ántrax de riñón, pero no un diagnóstico de seguridad de que exista un verdadero ántrax de riñón.

Dr. Pagliere. --- Quiero decir dos palabras a propósito del diagnóstico, si bien la pielografía tiene su importancia solamente cuando se han producido lesiones destructivas. Voy a tener oportunidad de traer en la próxima sesión, pielografía de un caso de perinefritis, en las cuales se verá la evolución de las distintas urografías de excreción, que no eran absolutamente demostrativas, pero tiene su importancia real el examen bacterioscópico de la orina, porque aun cuando no haya pus constituida, aparece una gran cantidad de gérmenes en la orina que se continúan eliminando durante el proceso.

Dr. Minuzzi. --- Yo quisiera agregar algunas palabras a la interesante comunicación del doctor Ercole, en parte de acuerdo con las que dice el doctor Trabucco.

Soy el primero en reconocer que la urografía endovenosa es un método fisiológico. Creo, y cada día estoy más convencido de ello —ya lo dije en el Congreso de Rosario, cuando presenté un trabajo sobre mi experiencia en este método— que es absolutamente necesario que la urografía endovenosa debe hacerse con compresión. Creo que con ello la pielografía no pierde nada y lo gana todo. En esa forma es posible obtener una pielografía de excreción ideal en el sentido funcional. Siempre tenemos el método comparativo para comparar el lado sano con el lado supuesto enfermo y la compresión aproxima muchísimo, en la gran mayoría de los casos, la pielografía de excreción a la urografía de relleno.

La urografía endovenosa falla, única y exclusivamente, en los casos de retardo de funcionamiento o de disminución marcada, como

en el caso de los tumores renales. De lo contrario, en la urografía endovenosa con compresión se gana en rapidez de diagnóstico, en precisión y en documentación gráfica. La urografía endovenosa —si bien es cierto es una urografía fisiológica— con la compresión permite un diagnóstico más preciso, lo que muchas veces significa una ventaja, puesto que a veces, por las circunstancias, el cirujano está obligado a tomar decisiones de importancia y rápidas, lo que no sería posible de otro modo.

Es por eso, que insisto en que todos los casos, hay que hacer la urografía con compresión.

Sr. Presidente, Dr. von Der Becke. — Se refiere a la compresión neumática del abdomen durante la urografía?

Dr. Minuzzi. — Así es, doctor.

Dr. De Surra Canard. — Es sabido que hay muchos trucos radiológicos para hacer evidente una urografía excretora. Pero para limitarse a la variante del tema de esta noche, que es la pielografía excretora en el flemón perirrenal, me parece que la única indicación que no hay que seguir es la de comprimir un abdomen que tiene un flemón purulento. Es allí precisamente, donde va a fracasar la compresión.

Dr. Ercole. — Antes que nada voy a agradecer la interesante contribución de los colegas al tema en discusión.

En cuanto a lo que dice el doctor Trabucco de que por la pielografía endovenosa no es posible interpretar una imagen de falta de relleno, le diré que el urólogo cuando hace la interpretación de un urograma no lo hace desde el punto de vista de la imagen pura, sino que hace radiología clínica, de manera que si tiene los elementos de juicio que le da el examen del enfermo, podrá darle valor a una imagen de falta de relleno, como le he dado yo, con lo que he podido hacer el diagnóstico previo de ántrax del riñón, en los casos que he intervenido.

Claro está, por otra parte, que no podemos profundizar en la discusión en este momento, sobre el valor y la técnica de la urografía de excreción.

Por eso, no quiero insistir sobre las consideraciones que hacía el doctor Minuzzi, sobre si debía hacerse o no compresión. Como

*muy bien lo ha dicho el doctor de Surra Canard, hay una serie de trucos radiológicos, pero considero que este no es el momento para discutirlo.*

*Acerca de lo que dice el doctor Pagliere, sobre el examen bacteriológico de la orina, creo que no tiene valor para el diagnóstico de una pionefritis, porque no solamente existen estafilococos en un enfermo portador de un ántrax del riñón, sino que también existen gérmenes en la orina de un paciente que tiene un proceso infeccioso alejado. Esto está perfectamente demostrado. De manera que la presencia de gérmenes en la orina, tendría desde ese punto de vista, un valor relativo en lo que se refiere a localizar un proceso supurado del riñón.*

*Sr. Presidente, Dr. Von Der Becke. — Interpretando el sentir de los colegas, felicito al doctor Ercole, por su interesante contribución.*

---