

Serv. de Urología del Hosp. "Dr. Marcelino Freyre"  
Jefe: Dr. Ricardo Ercole.

## ANTRAX DEL RIÑÓN

### A PROPOSITO DE 8 NUEVAS OBSERVACIONES PERSONALES

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Desde que Israel, en el año 1891, describe la primera observación de ántrax del riñón, creando este término, nosológicamente falso, para un tipo particular de nefritis supurada, distintos trabajos han aparecido sobre el tema de las infecciones metastáticas de los riñones, llamando sin embargo la atención el reducido número de observaciones que se registran hasta la fecha en la bibliografía mundial. Ello contrasta, como lo hiciéramos notar en un relato anterior, con nuestra experiencia personal, ya que hemos podido reunir un número de observaciones que constituyen una de las casuísticas más importantes publicadas hasta la fecha. Este hecho se debe, como creemos ya haberlo demostrado, a que gran parte de estos procesos se exteriorizan clínicamente con el cuadro de la complicación más frecuente, el flemón perinefrítico, pasando en ciertos casos, por insuficiencia del examen clínico del enfermo, desapercibida la enfermedad primitiva en el parénquima renal. Las observaciones que presentamos documentan nuestra opinión en el tema, poniendo de manifiesto cómo es posible demostrar, tanto clínica como operatoriamente, en muchos casos de flemones perinefríticos, la existencia del foco supurado en el parénquima renal y llegar otras veces al diagnóstico de dicha supuración, antes de la complicación de la atmósfera grasosa del riñón, con los beneficios que de ello se deriva para el enfermo.

Motz, en el año 1931, designa a los procesos supurados y colectados del parénquima renal determinados por gérmenes piógenos banales, con el término de pionefritis, englobando en el mismo a los abscesos miliares, a los grandes abscesos y al ántrax del riñón. Es indudable, al menos a esta conclusión llegamos, tanto al través de la casuística mundial como por nuestra experiencia personal, que el ántrax del riñón es la forma anatómica de más importancia por su frecuencia y por su fisonomía clínica. Por otra parte, si estudiamos las

observaciones publicadas, y recapitamos sobre el mecanismo de producción y la evolución de estas pioneritis, podemos pensar que los abscesos miliares, el absceso del riñón y el ántrax, son en realidad grados evolutivos y no formas anatómicas distintas de un mismo proceso. Huguier en su libro de ántrax del riñón, dice, que precozmente un ántrax representa en realidad una colección de abscesos miliares, mientras que posteriormente puede evolucionar a la formación de un gran absceso, siendo en consecuencia toda demarcación imposible entre estas tres variedades de pioneritis.

A pesar de ser el término de Antrax, desde el punto de vista nosológico, falso para designar a un proceso localizado en el riñón, lo conservamos, no solamente como un homenaje a Israel, que así lo llamó, sino también porque ya ha sido consagrado por el uso, y porque es un término que nos dice sobre el aspecto macroscópico de la lesión, y sobre el germen habitual que lo determina.

#### OBSERVACIONES PERSONALES

Observaciones N° 1, 2, 3 y 4 han sido relatadas en publicaciones anteriores (Rev. de Cirugía de Bs. As., 1943, pág. 458 y Rev. Arg. de Urol., T. 9, 1940, pág. 301).

Observación N° 5. H. C. 1.111. Obdulia de V. 27 años. Arg. Casada.

Ingresa al Servicio de Clínica Quirúrgica del Prof. Oscar Camas. Remitida desde el Servicio de Semiología a cargo del Prof. Jorge Bosco, el 26/10/40.

*Antecedentes personales* - - Saampión en la infancia. A los 5 años padeció de fiebre intestinal, guardando cama durante mucho tiempo. Menarquia a los 13 años. Regla tipo 4/5/28. Después de casada conserva igual ritmo.

A los 18 años fué intervenida quirúrgicamente por una apendicitis aguda.

Casada a los 20 años con esposo sano, quien falleció a las 28 años por una peritonitis. Tiene una hija de 5 años sana. Ha tenido dos abortos provocados.

Hace aproximadamente un mes tuvo dos forúnculos en la región escapular derecha, que han curado.

*Enfermedad actual*. - - Comienza hace 18 días sintiendo dolores intensos en hipocondrio derecho que se irradian hacia la región lumbar. Desde hace unos 4 días estos dolores se irradian también por el flanco derecho, hacia la fosa iliaca del mismo lado. Por las tardes tiene escalofríos, ascendiendo su temperatura hasta 39°5. Su dolor le ocasiona insomnio, durmiendo por periodos de dos a tres horas.

Desde el comienzo de su enfermedad nota pérdida del apetito, sintiendo malestar generalizado y cefaleas frecuentes.

*Estado actual*. - - Enterma en decúbito indolente con discreta polipnea, piel elástica, bien nutrida de un tinte pálido ligeramente terroso. No hay edemas. Sistema muscular y osteo-articular: normales. Ganglionar: normal.

No hay cianosis.

Tórax: Aparato respiratorio: Tipo respiratorio costal superior de una frecuencia de 25 al minuto. Expansión respiratoria disminuida en base derecha. La base derecha excursiona algo menos. A la auscultación nada de particular.

Aparato circulatorio: El choque de la punta se ve y se palpa en 4° espacio a unos 8 cms.

de la línea media. Se auscultan dos tonos normales en los 4 focos. Tensión arterial Mx. 12,5 cms. Pulso taquicárdico, 120 al minuto, rítmico, de amplitud y tensión normales.

Reflejos: cutáneos y tendinosos: normales.

Abdomen: simétrico. Cicatriz de apendicectomía en fosa iliaca derecha. Movilidad disminuida en flancos y lateralmente en región anterior especialmente en lado derecho donde la inmovilidad se extiende hasta la línea pararectal del mismo lado y desde el reborde costal hasta el ombligo. Palpación superficial: Hay contractura dolorosa en flanco derecho. Punto vesicular indoloro. Puntos costo musculares y costo vertebrales: del lado derecho exquisitamente dolorosos.

*Examen ginecológico.* — Utero en anteversoflexión. Fondo de saco, der. indoloro, a su

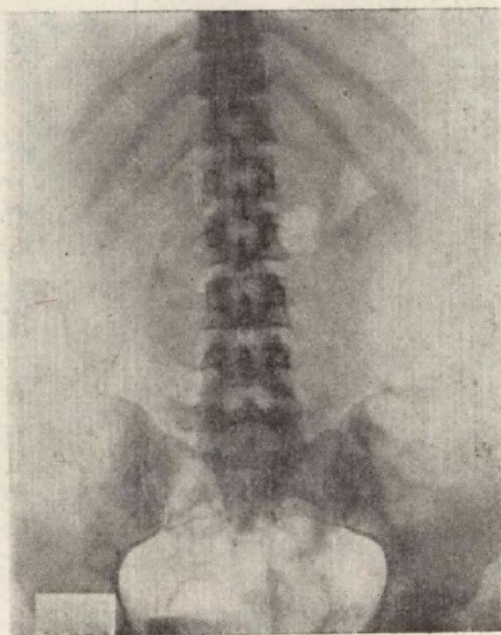


Figura 1

Urograma por excreción correspondiente a la Observación N<sup>o</sup> 5. Del lado derecho: sombra renal grande; peliograma con falta de relleno de los cálices medio e inferiores, esbozándose un cáliz superior rechazado hacia la línea media. Del lado izquierdo: peliograma normal.

través se palpa un anexo normal. Fondo de saco izquierdo: tenso muy doloroso, dolor que impide la palpación del anexo correspondiente. Fondo de saco posterior libre. Lesiones de cervicitis y endometritis. Flujo purulento y abundante.

*Examen del aparato urinario.* — *Riñones:* El izquierdo no se palpa. Del lado derecho: contractura acentuada de los músculos lumbares. Sin embargo se tiene la impresión de palpar en profundidad una masa renal grande y fija que dificulta la palpación del riñón.

*Examen del laboratorio.* — Examen de sangre: Urea en sangre: 0.25 gr. ‰. Hematíes: 4.000.000. Hemoglob. 86 ‰. Valor globular: 1.07. Leucocitos: 24.600. Formula: Neutrof.: 88 ‰. Linfoc.: 10 ‰. Monocit.: 2 ‰.

*Orina.* — Albúmina: 0.05 gr. ‰. Glucosa: no contiene. Pigmentos biliares: contiene. Urobilina y sales biliares: contiene. Sedimento: se observan cilindros hialinos. Regular cantidad



Figura 2

Pieza operatoria correspondiente a la Observación N° 5. Riñón visto por su cara externa, apreciándose la zona ocupada por el antrax.



Figura 3

Pieza operatoria correspondiente a la Observación N° 5. Corte sagital del riñón que muestra el antrax de forma piramidal.

de hematíes y regular cantidad de leucocitos granulados y células epiteliales planas y fusiformes.

*Exploración radiográfica.* — Radiografía directa: nada de particular. Borde del psoas conservado.

Urograma por excreción: Lado izquierdo: buena eliminación y buena conformación de pielograma. Lado derecho: Sombra renal grande. El polo inferior corresponde a la 5ª vértebra lumbar. Pielograma: Falta completa de relleno de los cálices medio e inferiores, esbozándose un cáliz superior rechazado hacia la línea media. Falta parcial de relleno de la pelvis renal.

Con el diagnóstico de flemon perinefrítico anterior y antrax de riñón, operamos a nuestra enferma.

*Operación.* — 18 de septiembre dt 1940. Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía anatómica con sección parcial del oblicuo mayor y menor. Llegada a la loge se evacua un regular absceso localizado en la cara anterior del riñón. Intenso proceso de perinefritis esclerolipomatosa,



Figura 4

Microfotografía correspondiente a la Observación N° 5. Vista panorámica del antrax y del parénquima renal vecino. Se descubre una cavidad central necrótica y numerosos abscesos parietales que se abren a la misma. (Aumento 6.6 D.)

lo que hace muy difícil la liberación del riñón. En la cara anterior del riñón existe un verdadero cráter que corresponde al antrax que localiza exactamente en la unión del tercio medio con el tercio superior. Nefrectomía. 3 gasas de drenaje y un tubo.

*Post operatorio.* — Al día siguiente de operada la enferma presenta un cuadro de disnea y pulso taquicárdico que persiste en los días subsiguientes, lo cual obliga a hacer uso del oxígeno por vía intranasal. La temperatura desciende a lo normal, pero el pulso se mantiene entre 120 y 130 pulsaciones al minuto, presentando intermitencias. La herida operatoria evoluciona bien. Se retiran los taponamientos de gasa al 4º día, regular cantidad de secreción purulenta. El cuadro disneico persiste. La auscultación del pulmón derecho revela la existencia de un neumotórax, aunque no se encuentran signos de derrame. A los 13 días la enferma hace una fuerte puntada del lado izquierdo, acentuándose su cuadro disneico, el pulso se hace hipotenso y por momentos no se llega a palpar. Hay cianosis y al día siguiente la enferma se encuentra sin pulso, razón por la cual se hace un mal pronóstico en breve plazo, pidiendo a la familia retirar la enferma, la que fallece en su casa en la tarde del mismo día.

*Comentario.* — Se piensa que la enferma hizo un neumotorax operatorio y sobre el muñon de ese lado una afección aguda y que luego por aspiración se provoca un proceso semejante del lado opuesto.

*Examen de la pieza operatoria.* — Abarcando parcialmente el polo superior y el cuerpo del riñón, hay una lesión de tipo supurada, como de conglomerado de abscesitos de aspecto necrótico. Al corte del órgano se constata que esta lesión es de carácter circunscripta, tiene una forma de pirámide trunca y cuyo vértice llega hasta el seno del riñón.

*Estudio histopatológico.* — (Que debemos a la gentileza del Prof. José M. Cid). Descripción microscópica: A mayor aumento se aprecia mejor que el foco está formado por un conglomerado de abscesos que se abren paso hacia el cráter central, donde vierten su contenido. Algunos siguen su trayecto tortuoso de bordes bien definidos. Hacia la profundidad la delimitación de los abscesos no es muy neta emitiendo algunas digitaciones delgadas que se resuelven en el foco inflamatorio. En los tabiques que delimitan los abscesos no se reconoce el parénquima renal, el que es asiento de intensa exudación leucocitaria y proliferación tisular.

Alrededor del conglomerado de abscesos el tejido renal está netamente rechazado, sus tubos llenos de polinucleares y escasa exudación intersticial.

Por fuera de la zona anterior existe otra en que se observa gran congestión. Diagnóstico histopatológico: Antrax del riñón.

*Observación N° 6.* — H. C. N° 1.112, Angela C. de C. Ingresó al Servicio de Clínica Quirúrgica a cargo del Prof. Dr. Ossa, Cames el 28 de enero de 1941, 40 años, Casada, Argentina. Enferma que debemos a la gentileza del Prof. Dr. David Staffieri.

*Antecedentes personales.* — Nacida a término, lactancia materna. Sarampión y tos convulsa como enfermedades de la infancia. Menarquía a los 15 años que continúa con ritmo 3 4/28-30. No es constipada.

La enferma manifiesta que desde hace dos años sus deposiciones eran negras de poca consistencia sin ser diarreicas. Manifiesta además que desde hace mucho tiempo tiene temblor y sufre deseos de llorar, disgustándose por cualquier circunstancia. Últimamente palpitaciones y cianosis de esfuerzo. Ha tenido 3 hijos.

*Enfermedad actual.* — Desde hace más de dos meses comienza a notar decaimiento general, cefaleas, estado nauseoso al levantarse, disminución del apetito, viéndose obligada a guardar cama. Calcula la enferma que de un mes y medio a esta parte ha perdido 12 kilos de peso. No sabe si ha tenido temperatura.

Hace un mes forúnculo a nivel de al cola de las cejas que cura bien.

*Estado actual.* — Entera bien constituida de moderado pániculo adiposo.

Tórax: simétrico. Pulmones: nada de particular.

Aparato cardio vascular: normal.

*Aparato urinario.* — Riñones: El izquierdo no se palpa. El derecho se lo palpa aumentando de tamaño móvil, doloroso.

Uroscopia: orinas claras.

Cistoscopia: Buena capacidad. Mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales bien implantados.

Genitales: Utero en posición intermedia. Anexos: no se palpan.

*Exploración radiográfica.* — Radiografía directa: normal.

*Urograma por excreción:* Lado izquierdo: buena eliminación. Pielograma de aspecto normal. Lado derecho: buena eliminación. Riñón descendido a la altura de la 3ª vértebra lumbar. Pielograma deformado con desplazamiento del cáliz medio hacia abajo, con imagen de

aparente compresión que hace pensar en la existencia de un tumor que corresponde al cuerpo del riñón, haciendo huella sobre el cáliz ya mencionado.

*Examen de laboratorio.* — Examen de sangre: Hematíes: 4.000.000. Hemoglobina: 70 %. Tiempo de sangre: 2 %. Urea en sangre: 0.37 gr. %.

Orina: Albúmina y glucosa: no contiene. Sedimento: normal.

*Evolución.* — En esta enferma se plantea el problema de diagnóstico entre un antrax del riñón o un cáncer del mismo. Operamos a nuestra enferma sin un diagnóstico preciso, ya que la evolución lenta del proceso y el decaimiento general y la falta de temperatura, así como también la ausencia de perinefritis, nos hace pensar que estamos en presencia de un cáncer del riñón, pero en cambio el antecedente de su forunculosis, dato de gran importancia en estos casos,

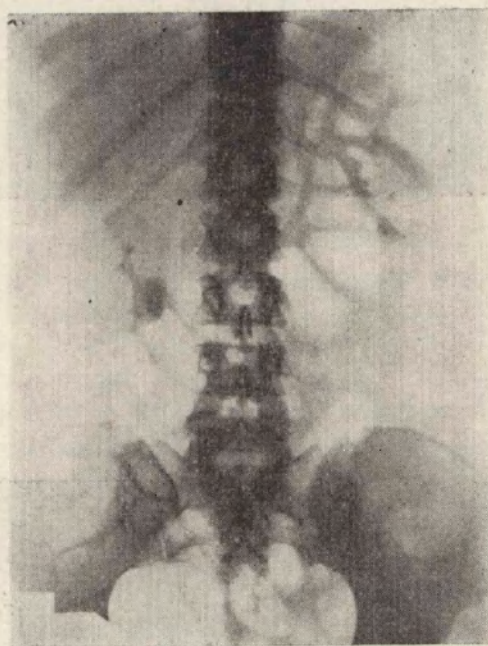


Figura 5

Urograma por excreción correspondiente a la Observación N° 6. D 1 lado derecho: pielograma deformado, con desplazamiento del cáliz medio hacia abajo.

llevan la impresión al distinguido clínico que nos la recomienda, que se trata de un proceso supurativo del parenquima de tipo antrax. Con esta bien fundada duda de diagnóstico decidimos la intervención quirúrgica de nuestra enferma.

*Operación.* — 25 de enero de 1941. Cirujano: Dr. Eicole. Ayud. Dr. Fort y Pte. Iturralde. Anestesia general. Lumbotomía anatómica. Proceso de perinefritis sobre todo anterior con un pequeño absceso. Peritoneo adherido. A nivel de la cara anterior existe una lesión del tamaño de un cobre de tipo antrax. Nefrectomía. Se deja un tubo y una gasa de drenaje. Aproximación de los planos musculares con catgut. Lino a la piel.

*Post operatorio.* — La enferma presenta taquicardia y temperatura los primeros días, pero en los siguientes la temperatura desciende hasta el 90° en que comienza a hacer ascensos térmicos especialmente por las tardes. La herida operatoria drena regular cantidad de secreción purulenta.



Figura 6

Pieza operatoria correspondiente a la Observación N° 6. Riñón visto por su cara externa, revelando la presencia del antrax.

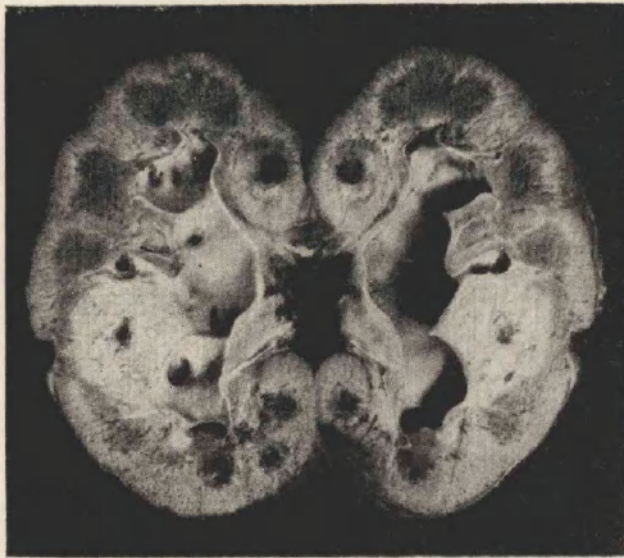


Figura 7

Pieza operatoria correspondiente a la Observación N° 6. Corte sagital del riñón, mostrando el antrax, que llega a contactar con la vía excretora.



Finalmente la enferma mejora y es dada de alta con su herida parcialmente curada a los 20 días de la intervención.

*Examen de la pieza operatoria.* — A nivel del cuerpo y hacia el polo superior, existe una amplia zona constituida por un conglomerado de pequeños abscesos y de porciones de tejidos de aspecto necrótico, con el aspecto macroscópico de un antrax del riñón. Al corte del órgano se observa que esta lesión tiene la forma de una pirámide trunca con el vértice hacia la médula y que el proceso supurado llega a contactar con la vía excretora en la unión del cáliz superior con el cáliz medio.

*Estudio histopatológico.* — (Que debemos a la gentileza del Prof. Dr. José Cid). Descripción microscópica: En la región del antrax se observan los abscesos que caracteriza la lesión aguda. Por debajo, en relación con los abscesos, los tubos renales aparecen llenos de leucocitos polinucleares en eliminación. Alrededor de la lesión supurativa el parénquima renal presenta una zona de límites imprecisos en que se observa la existencia de un proceso inflamatorio de tipo subagudo y caracterizado por la infiltración de linfocitos y plasmocitos dispuestos en loquitos separados. También existe marcada proliferación tisular con esbozo de xantelasmiación.

Diagnóstico histopatológico: Antrax del riñón.

*Observación N° 7.* — H. C. N° 255. Angel I. 47 años. Argentino. Casado. Ingres a nuestra clínica privada el 7 de abril de 1942.

*Antecedentes personales.* — En el año 1911, flemón perinefrítico operado, curando bien. Dice que a los 34 años tuvo nefritis (no hubo hematurias ni edemas). En el año 1915, blenorragia que trató durante mucho tiempo. Se casa en el año 1922, y dos años después uretritis aguda. Desde entonces tiene una gota matinal y periódicamente se reagudiza su uretritis, por lo cual ha hecho infinidad de tratamientos sin resultado.

Moderado fumador y bebedor. No es constituida.

*Enfermedad actual.* — El enfermo presenta desde hace 15 días un cuadro febril con temperatura que llega a 38°5, y un dolor persistente de moderada intensidad que localiza en su región lumbar derecha, por cuyo motivo se interna en nuestra clínica privada.

*Estado actual.* — Bien constituido, moderado panículo adiposo. Buena dentadura. Amígdalas normales. Tensión Mx. 15 cms. Mn. 8 cms.

Abdomen: blando depresible. Hígado y bazo: no se palpan.

Tórax. Pulmónes. Rales crepitantes en la base derecha. Pequeño derrame líquido demostrable a la percusión.

*Aparato urinario.* — Riñones: Lado izquierdo: no se palpa. Lado derecho: cicatriz operatoria en la región lumbar correspondiente a la intervención anterior. Discreta resistencia muscular. Marcado dolor en la zona renal posterior. La palpación del riñón se encuentra dificultada por el dolor que despierta esta maniobra que aumenta la contractura muscular.

Uretra: permeable.

*Exámenes de laboratorio.* — Marzo 1942: Secreción uretral: Las investigaciones practicadas en los preparados obtenidos de la secreción uretral, por examen directo, coloraciones de Gram Nicolle, permitieron constatar la observación microscópica de flora microbiana escasa, formada por cocos y predominio de neumococos. Abundantes polinucleares alterados y discreta cantidad de células endoteliales.

9/4/42. — Examen de sangre: Hematíes 3.400.000. Leucocitos: 10.500. Hemogl.: 70%. Urea en sangre: 0.40 gr. %.

*Orina.* — Albúmina 2.10 gr. %. Glucosa: no contiene. Sangre: contiene. Pus: vestigios. Sedimento: Regular número de piocitos y numerosos hematíes, escasos cilindros granulados y células de parénquima renal.

13/4/42. — Sangre: Hematíes: 3.500.000. Leucocitos: 12.400. Hemoglob.: 70 %. Fórmula: Neutróf.: 67 %. Eosinóf.: 1 %. Basóf.: 1 %. Linfócit.: 25 %. Monoci.: 1 %. Metamielocitos: 1 %. En la relación porcentual se observan 4 eritroblastos basófilos.

*Exploración radiográfica.* — 1/3/42. (Pocos días antes de la internación). Se efectúa una exploración radiográfica de sus riñones con el siguiente resultado:

Radiografía directa: negativa. Se visualiza la sombra del psoas.

Urograma por excreción: Buena eliminación de ambos lados. Ambos pielogramas normales.

Con el objeto de aclarar el diagnóstico, se efectúa en la zona de máximo dolor una punción exploradora, extrayéndose un pus bien ligado, cuyo examen bacterioscópico demuestra la presencia de estafilococos.

*Operación.* — 10 de abril de 1942. Anestesia con ciclopropane. Incisión sobre la antigua

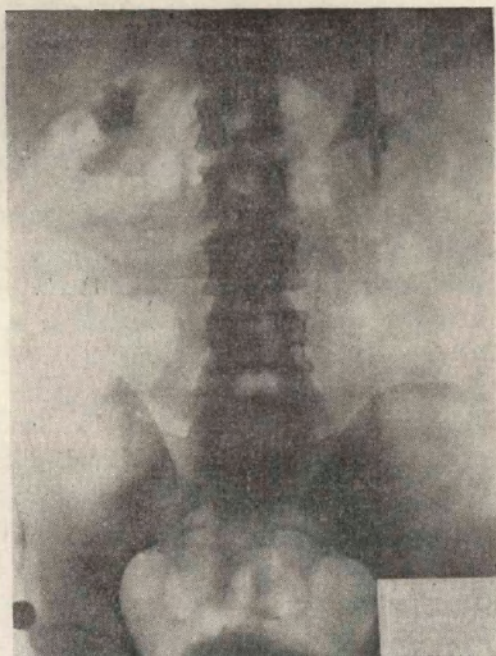


Figura 8

Urograma por excreción correspondiente a la Observación N° 7. Pelvis dilatada, de poca densidad radiográfica, cálices inferiores en falta de relleno y cáliz superior ectasiado.

cicatriz operatoria. Se llega a la loge renal evacuando escasa cantidad de pus espeso sin olor. Dos tubos de drenaje en la loge.

*Post operatorio.* — Mejoría evidente del estado local y general. Después de la intervención la temperatura desciende dentro de los límites normales. Sin embargo el enfermo refiere siempre un dolor que localiza en el flanco del lado operado. La herida drena siempre regular cantidad de pus.

9 de mayo de 1942. — La mejoría que se había hecho evidente después de los primeros días de la operación, no se mantiene. El enfermo acentúa su dolor, en flanco y región lumbar. En la marcha hay una manifiesta escoliosis, hacia el lado de la lesión, y se insinúa una flexión del muslo por una psoítis.

La herida drena poco y nada. Pensando en la posibilidad de una retención de pus por mal drenaje, se resuelve reintervenirlo.

*Operación.* — 9 de mayo de 1942. Dr. Ercole.

Anestesia con ciclopropane. Se entreabre rápidamente la herida operatoria no demostrándose la existencia de pus en retención. Un tubo de drenaje.

*Post operatorio.* — El enfermo no sigue bien. La temperatura persiste y la contractura por su psitis se acentúa, acentuándose también el dolor local.

*Exploración radiográfica.* — 15 de mayo de 1942. Urograma por excreción: Del lado izquierdo buena eliminación y buena morfología de la vía excretora. Lado derecho: contrasta la imagen pielográfica con la de la obtenida anteriormente. Pelvis dilatada pero con poca densidad pielográfica en contraste con el cáliz superior que está ectasiado y presenta una mayor densidad radiográfica. Cálices inferiores deformados y en falta de relleno.



Figura 9

Pieza operatoria correspondiente a la Observación N° 7. Riñón por su cara externa, ocupado casi en su totalidad por el antrax.

La eritrosedimentación es de: 1ª hora 75 mm., 2ª hora 112 mm.

Con el diagnóstico de antrax de riñón se resuelve la intervención:

*Operación.* — 16 de mayo de 1942. Dr. Ercole. Ayud. Dr. Iturralde.

Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía amplia en la que es necesario cortar los planos musculares que están totalmente infiltrados. Resección de la XII costilla. Riñón grande que es necesario liberarlo en forma subcapsular. Ocupando el polo inferior y el cuerpo hay una lesión crateriforme que tiene poca cantidad de pus que corresponde evidentemente a un roceso antra-coide del riñón. Nefrectomía muy laboriosa por las dificultades de un buen campo, por la infiltración del os planos vecinos y por el riñón que está fijo. Ligadura en block del pedículo previo pinzamiento del mismo. 3 gasas de drenaje y un tubo. Cierre parcial de la brecha. Lino a la piel.

*Post operatorio.* — Inmediatamente después de la operación, el enfermo experimenta una mejoría evidente. Antes de la intervención y después de la misma, se hacen transfusiones de sangre para controlar un estado de anemia acentuado, efectuándose en total 800 c.c.

La herida drena abundante pus. Al darse de alta el estado general es excelente y persiste escasa secreción por la herida.

*Examen de la pieza operatoria.* — Riñón grande. Ocupando el polo inferior y el cuerpo, hay una lesión supurativa de aspecto crateriforme que drena poco pus y que alterna con zonas necróticas. No hay nada de parénquima conservado a excepción del polo superior que está libre.

*Examen histopatológico.* — (Que debemos a la gentileza del Prof. Dr. José Cid). Descripción microscópica: En las masas rojizas de la superficie, se ve tejido necrótico hemorrágico, sin que se reconozca parénquima renal. Más profundamente se ve tejido que es asiento de un proceso inflamatorio purulento con microabscesos. En la región de los puntos amarillos se ve que los mismos están constituidos por focos de antelasmización y acumulos linfoplasmocitarios. A mayor distancia, el parénquima renal es prácticamente sano, salvo la existencia de aislados acumulos linfocitarios.

Diagnóstico histopatológico: Antrax del riñón.

*Observación N.º 8.* — H. C. N.º 1.285. Teresa de P. 27 años. Arg. Casada. Ingresa al Servicio de Patología Quirúrgica a cargo del Prof. Dr. W. Tejerina Fotheringham el 8 de noviembre de 1941.

*Antecedentes personales.* — Nacida a término. Lactancia materna. No recuerda enfermedades de la infancia. Menarquia a los 12 años. Menstruaciones irregulares, dolorosas.

A los 17 años padece de escarlatina y luego de sarampión, quedando bien. Se casa a los 18 años con hombre sano. Es constipada.

*Enfermedad actual.* — Hace 5 meses, es decir en junio de este año, siente un ligero dolor en la región lumbar izquierda inmediatamente debajo del reborde costal que se irradia hacia adelante por cuyo motivo se ve obligada a guardar cama, pues el dolor aumenta en forma de puntadas que se exacerban con el movimiento. Hubo fiebre, sin precisar a cuanto ascendía. No hubo vómitos. Manifiesta que la orina era turbia y un tanto escasa, pero sin sangre. Pierde el apetito y adelgaza considerablemente. Con el diagnóstico de glomerulonefritis se la somete a un régimen sin sal y sin proteínas. Después de 8 días de cama se levanta y poco a poco se repone, pero ni el apetito ni el peso se restablecen.

Dos meses después, nuevamente, siente las molestias dolorosas anteriores que se acentúan con el movimiento, sin irradiación. Tiene fiebre, llegando a 38°, no hay edemas, tos, expectoración, ni vómitos. Desde entonces persiste su dolor que tiende a intensificarse, inmovilizando parcialmente a la enferma, la temperatura se mantiene entre 38 y 39°, hay una marcada disminución del apetito, todo lo cual condiciona un marcado grado de decaimiento general con pérdida de peso. En estas condiciones ingresa al Servicio.

*Estado actual.* — Enferma en decúbito lateral derecho por el dolor en el lado izquierdo. Tiene dificultad para respirar. No hay disnea, cianosis ni edemas. Piel y mucosas: ligeramente pálidas, dato apreciado también por la enferma, pues dice que antes era más rosada. Fiebre 38°. Panículo adiposo disminuido.

Cabeza: nada de particularidad.

Cuello: cilíndrico. Hay ligera ingurgitación venosa. No hay latidos arteriales ni venosos. No hay tiroides.

Tórax: longilíneo, ligero abombamiento en la parte inferior del hemitórax izquierdo que excursiona menos y que es doloroso a la palpación, continuando así hacia la región axilar y adelante.

Pulmones: Por detrás a la palpación vibraciones vocales disminuidas en el izquierdo desde el ángulo del omóplato.

Auscultación: murmullo vesicular disminuído en base izquierda con respecto a la derecha. No hay ruidos agregados.

Corazón: Punta se ve y se palpa en 4º espacio. Tonos limpios en 4 focos. Pulso regular, igual, amplio. 84 al minuto. Tensión Mx. 13 cms. Mn. 8 cms.

Abdomen: Hígado: Borde superior en 5º espacio intercostal. Borde inferior a nivel del reborde costal, liso, indoloro. Bazo: no se palpa. Cuerda cólica espástica, algo dolorosa.

Aparato urinario. — Uroscopia: Orinas claras.

Riñones: Derecho: no se palpa. El riñón izquierdo: No es posible su palpación por el dolor y por la marcada contractura de los músculos de la región lumbar.



Figura 10

Pielografía por relleno correspondiente a la Observación Nº 8. Cáliz superior dilatado, dislocado y deformado.

Cistoscopia: Buena capacidad. Mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales bien implantados.

Exploración radiográfica. — 8/9/41. Examinada radiológicamente se demuestra que hay una paresia del hemidiafragma izquierdo. Pulmón libre al igual que los senos custodiasfragmáticos.

Radiografía directa: del lado izquierdo: sombra renal grande. Se visualiza la sombra del psoas. Del lado derecho sombra renal más pequeña.

Urograma por excreción: Lado derecho: buena eliminación. Pielograma normal. Lado izquierdo: se visualizan los cálices inferiores, pero no se rellenan los cálices superiores ni la pelvis.

Pielografía ascendente: Del lado izquierdo. Cáliz superior muy dilatado, unido a la pelvis por un cáliz mediano estrechado como por una compresión extrínseca. Además alargamiento y desviación hacia la línea media de este cáliz superior. Cáliz medio en falta parcial de relleno.

*Examen de laboratorio.* — 16/9/41. Sangre: Hematíes: 3.680.000. Leucocitos: 12.600. Hemoglob.: 59 %. Neutróf.: 85 %. Eosinóf.: 1.5 %. Linfóc.: 10 %. Mononuc.: 3.5 %. Basóf.: 0 %.

10/11/41. — Urea en sangre: 0.37 grs. %.

Orina: Albúmina y glucosa: no contiene. Sedimento normal.

*Evolución.* — 4/10/41. Se efectúa una punción exploradora a nivel del ángulo costo muscular izquierdo en dirección a la atmósfera perirrenal, extrayéndose un pus loable, espeso y amarillento. El examen bacterioscópico del pus revela la existencia de estafilococos.

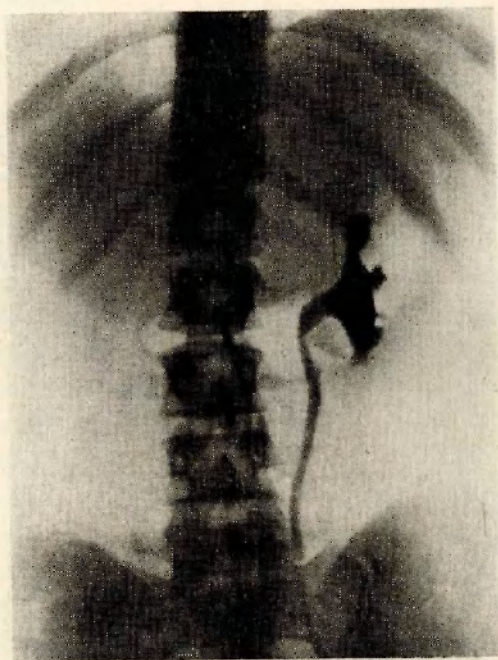


Figura 11  
Pielografía por relleno correspondiente a la Observación N° 8, obtenida después de la operación. Muestra un pielograma normal, que contrasta con el anterior.

Con el diagnóstico de flemón perinefrítico, secundario a un antrax de riñón, intervenimos a nuestra enferma.

*Operación.* — 12/1/41. Cirujano Dr. Ercole. Ayud. Dr. Sugasti.

Anestesia etérea. Lumbotomía anatómica con resección de la punta de la XII costilla, respetando los planos musculares superficiales. Fascia renal posterior infiltrada y muy gruesa. Sección de la misma llegando hacia arriba a evacuar una colección perirrenal que localiza en el polo superior del riñón. Pus franco y colgajos necróticos abundantes. Se evacúa alrededor de medio litro. Se libera el riñón y se lo exterioriza con relativa facilidad, constatándose que a nivel del polo superior y más hacia la cara posterior, hay un grueso cráter que divide al riñón como en dos valvas, la una anterior más gruesa y la otra posterior más delgada. Este cráter es de superficie más bien lisa, sangra en algunos puntos y llega profundamente hasta la región medular, pero al parecer sin comunicar con cavidades. Se tiene francamente la impresión de que esta cavi-

dad ha sido ocupada por un absceso o un tumor inflamatorio que se calcula del volumen de una mandarina, que se hubiera evacuado en su totalidad en la atmósfera perirrenal y cuya pared constituida ya por un parénquima sano estuviera en pleno período cicatricial. Se ligan dos o tres vasos los que dan más sangre y para cohibir el resto de la hemorragia en napa se deja una gasa taponando la cavidad. Además un tubo de drenaje. Cierre de la pared. Aproximación de los músculos con catgut. Lino a la piel.

*Post operatorio.* — Normal. La enferma evoluciona sin temperatura. La herida drena abundantemente los primeros días, teniendo una franca tendencia a la cicatrización.

12/12/41. — La enferma es dada de alta curada.

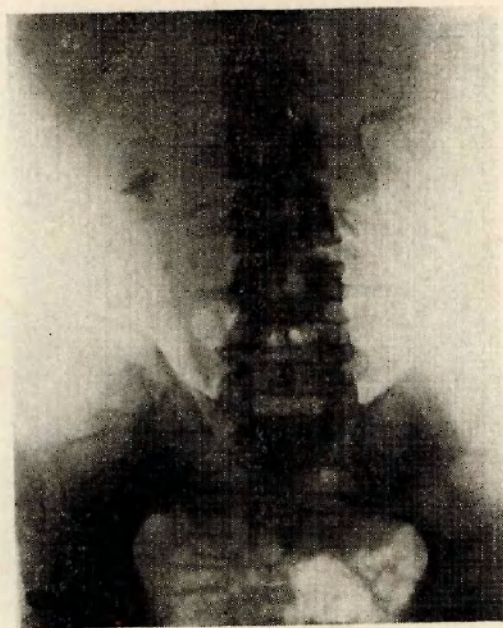


Figura 12

Urograma por excreción correspondiente a la Observación N° 9. Del lado derecho: sombra renal grande y descendida. Falta parcial de relleno de la pelvis y de los cálices inferiores.

12/1/42. — Examinamos nuevamente a nuestra enferma cuyas condiciones generales son muy buenas. Con el objeto de controlar el estado de su riñón, y teniendo dificultades por escasez de películas de efectuar un urograma por excreción, le hacemos una pielografía por relleno del lado izquierdo.

Pielografía por relleno de control. Pielograma normal que contrasta en forma notable con el pielograma obtenido con la misma técnica antes de la intervención.

*Observación N° 9.* — H. C. 586. Juan B. 20 años. Arg. Soltero. Ingres a nuestra Clínica Privada el 10 de enero de 1945.

*Antecedentes personales.* — Sin importancia. No es constipado.

*Enfermedad actual.* — Hace 20 días temperatura y dolor en abdomen lado derecho. Ha estado internado hasta la fecha en un Hospital Regional con hielo local. La temperatura parece haber desaparecido.

*Estado actual.* — Enfermo bien constituido, de escaso panículo adiposo. Tensión Mx. 12 cms. Mn. 7 cms.

Abdomen: blando, despresible, indoloro. Hígado y bazo: no se palpan.

*Aparato Urinario.* — Riñones: Izquierdo: no se palpa. Del lado derecho se palpa una tumoración del tamaño de un huevo de avestruz, móvil, que tiene contacto lumbar y que pelotea.

Uroscopia: Orinas claras.

Uretra: permeable.

Prostata: normal.

Vejiga: Cistoscopia: Buena capacidad. Mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales bien implantados.



Figura 13

Pielografía por relleno correspondiente a la Observación N<sup>o</sup> 9. Persiste la imagen de falta de relleno correspondiente a los cálices inferiores; pelvis dislocada hacia arriba y uréter rechazado hacia la línea media.

*Examen de laboratorio.* — Examen de sangre: Hematíes: 4.200.000. Leucocitos: 5.900. Hemoglobina: 78 %. Urea en sangre: 0.40 gr.  $\frac{1}{100}$ . Tiempo de coag.: 7'. Tiempo de sang.: 2'.

Orina: Albúmina: vestigios. Glucosa: no contiene. Sangre: vestigios. Pus: no contiene. Sedimento: Discreto número de hematíes. Escasos leucocitos granulados. Algunas células planas. Densidad: 1.020.

*Examen radiográfico.* — Radiografía directa: negativa.

Urograma por excreción: Lado izquierdo: buena eliminación. Pielograma de aspecto normal. Lado derecho: sombra renal grande y descendida. La pelvis corresponde a la altura de la 3<sup>a</sup> vértebra lumbar. Falta parcial de relleno de la pelvis y de los cálices inferiores. Ectasia



de los cálices superiores. La primera porción del uréter está dislocada hacia arriba y rechazada discretamente hacia la columna.

Pielografía por relleno: Lado derecho. Falta parcial de relleno de los cálices inferiores, que además se encuentran deformados. Discreta dilatación del cáliz superior y de un cáliz medio. Marcada dislocación de la pelvis que se encuentra rechazada hacia arriba, la que determina en consecuencia una angulación del uréter.

*Evolución.* — Estando internado le aparece un forúnculo a nivel de las cejas, que es necesario incidir para drenarlo. Otro más pequeño a nivel del cuello. Refiere el padre en este momento, cosa que el enfermo había negado, que ya desde hace tiempo tiene forunculosis

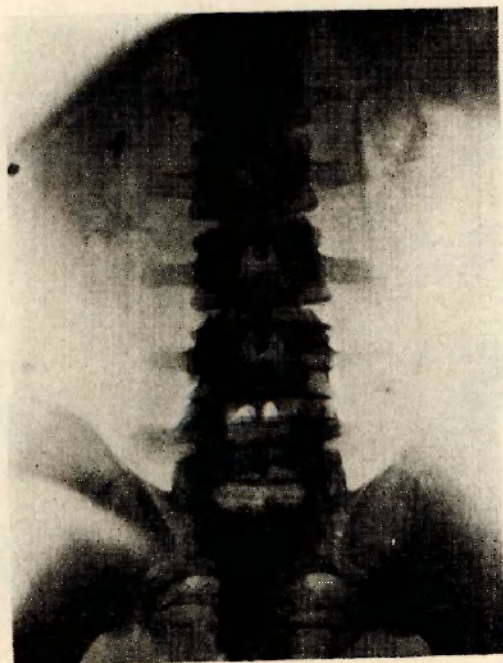


Figura 14

Urograma por excreción correspondiente a la Observación Nº 9, obtenida después de la intervención. Pielograma normal que contrasta con las radiografías anteriores.

a repetición. Se plantea así el diagnóstico entre un cáncer del riñón o un antrax, este último abonado por los elementos clínicos y el primero por la imagen pielográfica.

*Operación.* — 16 de enero de 1945. Dr. Ercole, ayudante Dr. Figallo.

Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía anatómica. Riñón bajo, rechazado hacia la línea media en su polo inferior, con intenso proceso de perinefritis crónica que fija la cápsula a los tejidos vecinos, y que hace muy difícil la liberación sobre todo a nivel de su polo inferior cara anterior. En dicho sitio hay una induración marcada del parénquima. La superficie es irregular con pequeño puntillado blanquecino. Se trata evidentemente de un antrax a gran predominio fibroso. Liberado el riñón se constata que el antrax estaba en comunicación en botón de camisa con una cavidad de gran reacción fibrosa periférica, que se proyecta hacia la línea media y que da salida a escasa substancia tipo casium. A nivel del antrax se reseca la

cápsula y parte del tejido inflamatorio para mejor drenaje y para biopsia. En el lecho que da sangre se deja una gasa de hemostasia. Un guante de drenaje en la cavidad antes mencionada. Catgut crómico a la aponeurosis. Lino a la piel.

*Post-operatorio.* — Muy bueno, sin temperatura. El drenaje da abundante cantidad de pus bien ligado que va disminuyendo paulatinamente hasta permitir extraer el guante. Al darse de alta la herida drena escasa cantidad de pus.

3/2/45. — Al darse de alta al enfermo se le obtiene una nueva pielografía.

Urograma por excreción: Lado izquierdo: normal. Lado derecho: se dibuja un pielograma normal en que ya no se encuentra ni la dislocación de la pelvis, ni la imagen de falta de relleno, ni la ectasia de los cálidos superiores. El riñón está más alto. La pelvis se encuentra a la altura de la interlínea articular de la 2ª y 3ª vértebras lumbares.

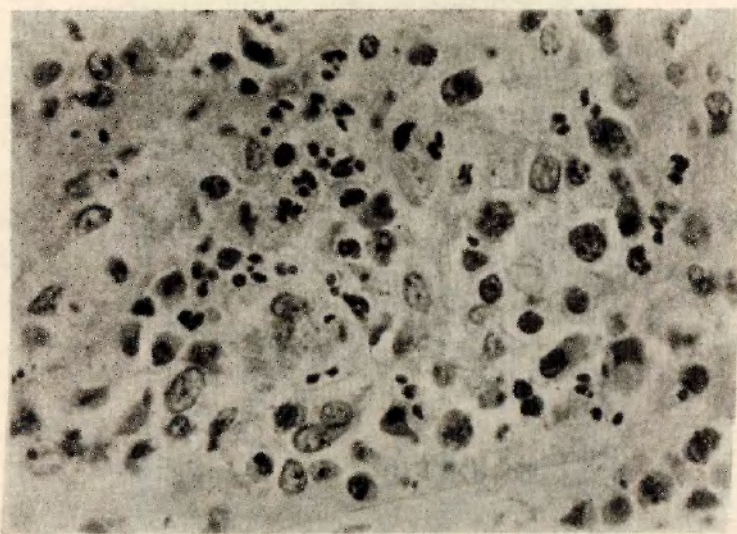


Figura 15

Microfotografía correspondiente a la Observación N° 9. Se observa desaparición de la estructura tubular. Acúmulos de polinucleares en picnosis, entremezclados con histiocitos en transformación xantomatosa

*Examen anatomopatológico.* — (Que debemos a la gentileza del Prof. Dr. Cid).

Material remitido: trozos de riñón.

Descripción microscópica: En diversos fragmentos muestran la existencia de un proceso inflamatorio de naturaleza supurativa, con formación de pequeños abscesos. La infiltración leucocitaria del tejido renal es tan intensa que difícilmente se reconocen los elementos renales.

Examen bacterioscópico: Con los fragmentos remitidos se hacen extendidos sobre porta-objetos, los que se colorean con el método de Gram. Se observan pequeños acúmulos de cocos, gram positivos.

Diagnóstico histopatológico: Nefritis intersticial purulenta por estafilococos.

*Observación N° 10.* — H. C., N° 510. Pedro C., 40 años, ital., casado. Ingresó al Servicio de Urología del Hospital "Dr. Marcelino Freyre" el 26/6/45, remitido desde el Servicio de Clínica Médica del mismo Hospital a cargo del Prof. Dr. Mariano Vega.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Sarampión en la infancia. No ha tenido enfermedades venéreas ni lúes. Hace 8 años proceso intestinal agudo. No es fumador ni bebedor. No es constipado.

*Enfermedad actual.* — El enfermo ha padecido hace 3 años de forúnculos a repetición en brazos, nalgas y cara, el último de los cuales localizado en la cara externa del brazo. fué incindido hace un mes y veinte días.

A los 10 días aproximadamente (hace 40 días), sintió un dolor de mediana intensidad en fosa lumbar izquierda con escasa irradiación hacia adelante. A los 3 días de iniciado el cuadro exclusivamente doloroso, tuvo chuchos de frío, elevándose la temperatura hasta 40°

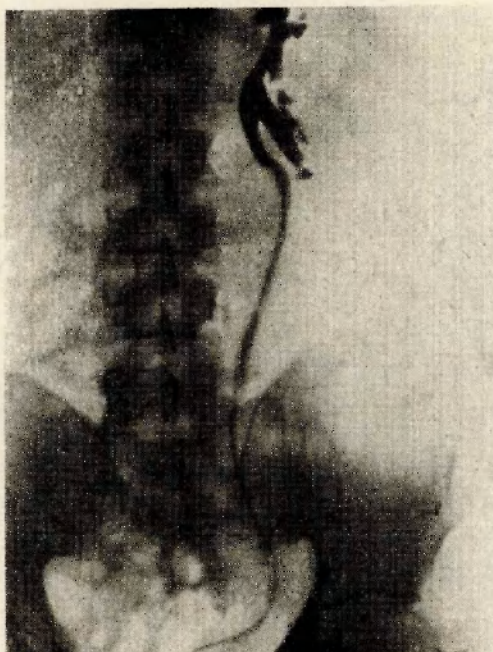


figura 16

Pielografía por relleno correspondiente a la Observación N° 10. Pelvis rechazada hacia la línea media; cáliz inferior rechazado hacia abajo.

durante los primeros días, manteniéndose después alrededor de 38° a 39°. Ha hecho un tratamiento con sulfatiazol y penicilina después, hasta totalizar un millón de unidades Oxford, que le determina una mejoría transitoria.

*Estado actual.* — Enfermo bien constituido, de moderado panículo adiposo.

Piel y mucosas: ligeramente pálidas.

Cabeza: Ojos: reflejos conservados. Boca: lengua saburral.

Cuello: sin particularidades.

Tórax: Expansión y elasticidad torácica: normales.

Aparato respiratorio: Examen físico normal.

Aparato cardiovascular: Tensión arterial: Mx. 14 cms. Mn. 8°5 cms. Pulso regular amplio. Igual, frecuencia de 104 al minuto. Corazón: Choque de la punta visible y palpable en el 5°

espacio por dentro de la tetilla. Tonos de caracteres acústicos normales, pero aumentados de intensidad en los 4 focos. Ritmo regular y de frecuencia concordante con el pulso.

Abdomen: simétrico de conformación normal, discretamente depresible, indoloro. Hígado y bazo: no se palpan.

Sistema nervioso: reflejos normales.

Aparato urinario. — Uroscopia: orinas claras.

Riñones: Izquierdo: se palpa su polo inferior grande poco doloroso. Sin que exista una franca contractura lumbar, hay una resistencia evidente en la fosa lumbar izquierda. Riñón derecho: no se palpa.

Uretra: permeable.

Próstata: con sus caracteres normales.



Figura 17

Pieza operatoria correspondiente a la Observación N° 10. Riñón por su cara externa, demostrando la presencia del antrax.

Vejiga: Cistoscopia: buena capacidad. Mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales bien implantados.

Exploración radiográfica. — Radiografía directa: negativa. Se visualizan ambas sombras del psoas.

Urograma por excreción: Lado derecho: buena eliminación. Pielograma de aspecto normal. Lado izquierdo: se visualiza incompletamente pero es posible establecer que existe un desplazamiento de la pelvis hacia la línea media con dislocación de los cálices superior e inferior, que determina un aumento del ángulo de apertura formado por el eje de los cálices superiores e inferiores.

Pielografía por relleno: Del lado izquierdo se ponen de manifiesto las alteraciones ya des-

critas en el urograma por excreción. La pelvis rechazada hacia la línea media se superpone parcialmente sobre las apofisis transversas. Cáliz inferior desplazado hacia abajo, dando la impresión que existiera una tumoración a nivel de la parte media del riñón que determinará el desplazamiento de las cavidades.

*Examen de laboratorio.* — Examen de sangre: Hematíes: 4.350.000. Leucocitos: 12.400. Hemoglob.: 80 %. Fórmula leucocitaria: Neutrof.: 72 %. Linfoc.: 25 %. Monocit.: 3 % . Urea en sangre: 0.20 gr. %.

Prueba de la fenolsulftaleína: 1ª toma, 25':40 %; 2ª toma, 70':25 %. Total, 65 % . Tiempo de coagulación, 9'. Tiempo de sang., 1'.



Figura 18

Microfotografía correspondiente a la Observación N° 10. Zona externa del antrax, mostrando el tejido de granulación piógena, rica en células y vasos embrionarios.

Eritrosedimentación: 1 hora 73 mm.; 2 horas 105 mm.

Orina: Albúmina y glucosa: no contiene. Sedimento: normal.

Con el diagnóstico de antrax del riñón decidimos la operación del enfermo.

*Operación.* — 21/6/45. Cirujano: Dr. Ercole. Ayud.: Dr. Zarzur y Pte.: Guccione.

Anestesia con pentothal sódico: 1.75 gr. Lumbotomía anatómica con sección del dorsal ancho y resección de la XIIª costilla. Fascia renal posterior muy infiltrada con intenso proceso de perinefritis que la transforma en una cápsula de un espesor de varios milímetros, que obliga a la liberación subcapsular del riñón. Al liberar la cara anterior del riñón se evacúa un absceso constituido por un pus bien ligado, sin olor, drenándose alrededor de 50 cc.

En cara anterior del riñón, ligeramente hacia el polo superior, hay una lesión de tipo antrax que infiltra francamente el riñón a su nivel, por cuyo motivo al liberar el riñón éste se desgarró en dicho sitio. Riñón muy fijo siendo su exteriorización incompleta y laboriosa. Teniendo en cuenta la lesión supurada que presenta el riñón y el desgarró que se ha producido en las maniobras para liberar el mismo, se decide la nefrectomía. Ligadura en block del pedículo. Sulfamida local. Dos gasas y un guante de drenaje. Cierre habitual. Lino a la piel.

*Post-operatorio.* — Después de la operación se mantiene la temperatura entre 37° y 38° durante una semana. Al 3er. día el enfermo presenta una angina que fué tratada con sulfatiazol. El enfermo desmejora algo, está anémico y se le practican 3 transfusiones de sangre de 500 cc.

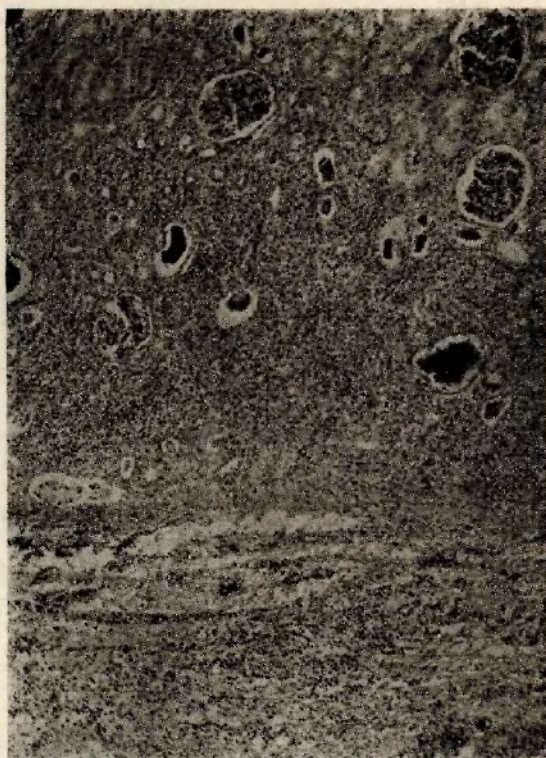


Figura 19

Microfotografía correspondiente a la Observación N° 10. Zona media e interna del antrax en que puede apreciarse el tejido tubular y glomerular del parénquima renal, en medio del infiltrado leucocitario. (Aumento 60 D.)

cada vez. Por la herida sale abundante secreción purulenta. Como la temperatura se mantiene alrededor de 38° se le aplican 500.000 unidades de penicilina, con lo cual la temperatura desciende a lo normal. Los caracteres de la herida van mejorando paulatinamente.

En enfermo es dado de alta el 8/8/45.

*Examen de la pieza operatoria.* — Riñón de tamaño conservado. Se presenta libre de su cápsula. A nivel de la unión del polo superior con el cuerpo, hacia la cara anterior, hay una lesión de aspecto necrótico y en parte supurada, del diámetro de una moneda de cobre que se continua en profundidad en pleno parénquima renal. A dicho nivel existe un amplio desgarró operatorio del parénquima.

*Examen histopatológico.* — (Que debemos a la gentileza del Prof. Dr. A. Ocaña).

El tejido analizado comprende una porción cuneiforme de la corteza renal. A grandes rasgos podemos distinguir 3 zonas. A) zona externa: constituida por un tejido de granulación piógena. B) zona media: constituida por un tejido de granulación evolucionado, en vías de organización fibro-conjuntiva. C) zona interna: constituida por parénquima renal con infiltración celular inflamatoria intersticial aguda. En detalle podemos especificar:

A) *Zona externa:* Tejido de granulación polimorfo en donde predominan elementos celulares exudativos, rico en células variadas: polinucleares, monocitos y linfocitos, con pequeños acúmulos diseminados de polinucleares neutrófilos, contiene en su seno numerosos capilares de neoformación, de paredes muy tenues que llegan a resolverse en pequeños focos hemorrágicos.

B) *Zona media:* Aquí predominan células conjuntivas fusiformes y finos fascículos de colágeno, tendiendo hacia una disposición general fasciculada capsular, aunque interrumpida por numerosas brechas de células exudativas. Por este motivo se establece una transición gradual con la primera zona, y hasta en algunos puntos parece continuarse el mismo tejido de granulación piógena sobre la misma cápsula fibrosa.

C) *Zona interna:* En esta zona del parénquima renal podemos distinguir dos subzonas o estratos:

1º) el estrato externo: Aquí el parénquima renal está infiltrado intersticialmente por células inflamatorias predominantemente polinucleares, en forma bastante intensa. Sin embargo, se dibujan los tubos renales y los glomérulos en general, aunque en algunos puntos quedan confundidos en medio del infiltrado. En esta zona vemos algunos tubos dilatados con cilindros granuloso leucocitarios algunos con la parte central necrótica o bien con substancia coloidea.

2º) el estrato interno: Aunque disminuye la infiltración intersticial en forma gradual a medida que nos alejamos de la zona cortical para acercarnos a la medular en forma tal que a cierta profundidad puede decirse que el parénquima renal está prácticamente limpio.

*En resumen:* Trátase de un granuloma piógeno, que localiza en la corteza renal y afecta el parénquima vecino, bajo la forma de una nefritis intersticial aguda localizada.

*Observación N° 11.* — H. C. 1284. Manuel R., 26 años, arg., casado. Ingresó al Servicio de Patología Quirúrgica a cargo del Prof. Dr. W. Tejerina Fotheringham el 24 de mayo de 1941.

*Antecedentes personales.* — No recuerda enfermedades anteriores. No es fumador, no es bebedor. No ha tenido venéreas. Casado hace un año con mujer sana, no han tenido hijos. No es constipado.

*Enfermedad actual.* — Hace dos meses, el 30 de marzo, habiendo estado completamente sano hasta entonces, siente en forma brusca una puntada localizada en el hipocondrio derecho, sin irradiación, acompañada de vómitos biliosos y fiebre alta, por lo que requirió un facultativo que le diagnosticó una afección hepática haciéndole una inyección calmante con lo que sus molestias mejoran. En la mañana siguiente, hallándose bien, es sorprendido nuevamente por intenso dolor, esta vez localizado en la base derecha del tórax, por lo que nuevamente se le aplica una inyección que lo calma, mas desde entonces empieza a notar un dolor de discreta intensidad que se localiza en el hipocondrio derecho y al que acompaña fiebre, escalofríos y vómitos, que se suceden durante unos 20 días, al cabo de los cuales mejora con sondajes duodenales practicados diariamente. Dice haberse puesto amarillo y que sus orinas eran cargadas, pero no refiere en forma clara datos que permitan asegurar la existencia de ictericia por esa fecha. Continúa los sondajes posteriormente hasta el 5 de mayo, pero notaba que la cantidad de bilis que fluía en ellos era menos que antes. En todo este tiempo seguía exonerando el vientre diariamente sin acolia.

El día 5 de mayo aqueja en forma brusca un fuerte dolor en el hipocondrio y flanco izquierdo del vientre que inmediatamente se irradió a la región lumbar del mismo lado, con fiebre nuevamente alta y escalofríos, no acompañado de molestias urinarias. Este dolor ha continuado hasta la actualidad y se ha radicado en especial a nivel de la región lumbar izquierda, en la que desde hace una semana más o menos, el enfermo observa la aparición de una tumorción, que más adelante se describe, y que se acompaña de dificultad en la marcha, y le obliga a permanecer en decúbito dorsal con el miembro izquierdo flexionado. La fiebre ha persistido hasta la actualidad. Tiene apetito y ha bajado bastante de peso. Las orinas se han conservado claras. La segunda afección se inició, además del dolor lumbar, con una tos seca, en un principio

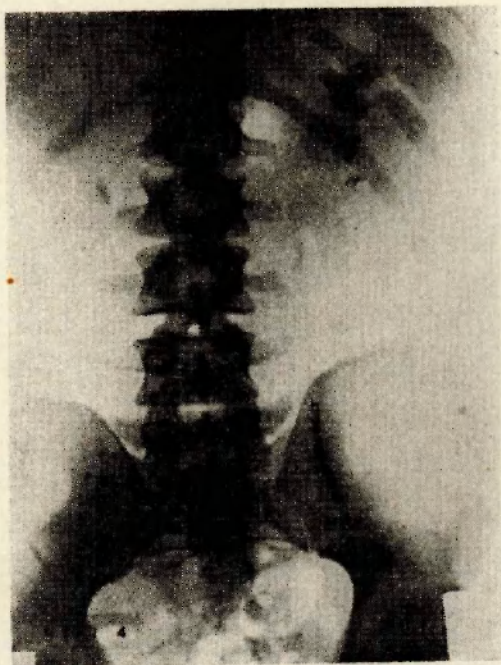


Figura 20

Urograma por excreción correspondiente a la Observación N<sup>o</sup> 11. Del lado izquierdo: marcada ectasia de cavidades con peliograma alargado.

intensa que después ha disminuído poco a poco, habiendo casi desaparecido en la actualidad.

*Estado actual.* — Enfermo bien constituído de moderado panículo adiposo.

Piel y mucosas: pálidas:

Sistema articular: Articulaciones sin particularidades. En decúbito dorsal, el miembro inferior izquierdo permanece en flexión, pero ésta es fácilmente modificable, aunque provocando dolor a nivel de la región lumbar del mismo lado.

Sistema muscular: contractura de los músculos de la región lumbar.

Cabeza: pupilas redondas céntricas que reaccionan a la luz y a la acomodación bien. Boca: lengua húmeda, saburral. Dientes: numerosas prótesis; algunas caríes.

Cuello: discreto eretismo vascular.

Tórax: simétrico. Excursión disminuída en especial a nivel de la extrema base izquierda.

Pulmones: vibraciones vocales disminuídas a nivel de la extrema base izquierda.



Percusión: matitez en la base izquierda. Bases: La base izquierda no excursiona.

Auscultación: En ambos campos murmullo vesicular, a excepción de la base izquierda en la que en una faja de la altura de la mano, se ausculta soplo pleurítico y rales crepitaes. Escasa tos sin expectoración.

Aparato cardiovascular: pulso: regular, igual, isocrono, frecuencia 100 a l'. Tensión: Mx. 14 cms. Mn. 8 cms. Corazón: punta, ni se ve ni se palpa. Auscultación tonos normales.

Abdomen: indoloro a la palpación superficial y profunda. Hígado: borde superior en el 6º espacio intercostal, el inferior no se palpa. Bazo: no se palpa. Traube libre.

*Aparato urinario.* — A nivel de la región lumbar izquierda se observa la existencia de contractura muscular, la piel a ese nivel se encuentra roja y caliente y la presión provoca en toda su extensión dolor exquisito. La palpación del riñón está dificultada por el dolor y la contractura ya descrita.

Riñón derecho: no se palpa. Puntos renoureterales: indoloros.

*Exámenes de laboratorio.* — Orina: Albúmina: indicios. Sedimento. Algunos leucocitos granulosos. Regular cantidad de cristales de oxalato de calcio.

Sangre: Hematíes: 4.040.000. Leucocitos: 15.000. Hemoglob.: 65 %.

Fórmula: Neutrof.: 76 %. Eosinof.: 4 %. Basof.: 0 %. Linfoc.: 15 %. Mononuc. 5 %.

*Examen radiográfico.* — Radiografía directa: La presencia de gran cantidad de gases hace difícil la interpretación de esta placa. Sin embargo puede establecerse en la misma la presencia de la sombra del borde del psoas del lado derecho, no visualizándose en cambio dicho borde del lado izquierdo, lo que concuerda con el cuadro clínico que presenta el enfermo.

Una radiografía de tórax es negativa. Campos pulmonares libres.

Urograma por excreción. Lado derecho: Pielograma de aspecto normal. Lado izquierdo: marcada ectasia de cavidades. Pielograma muy alargado.

*Operación.* — 4 de junio de 1941. Cirujano: Dr. Ercole. Ayud.: Dr. Gurruchaga. Pre.: Alvarez. Anestesia con éter. Lumbotomía anatómica con sección parcial del dorsal ancho y resección de la XIIª costilla. Los músculos de la capa profunda están infiltrados. Intenso proceso de perinefritis de tipo esclerolipomatoso con adherencia íntima a la cápsula del riñón, por lo cual es necesario para liberarlo, hacer una decapsulación. Riñón de tamaño normal, de superficie lisa, salvo a nivel de su tercio medio cara anterior próximo al borde donde existe una pequeña zona no más grande de un cm., de coloración blanquecina irregular y con el aspecto de una lesión tipo antrax. Es posible con mucho cuidado y con una tijera roma encontrar un clivaje como para extirpar en block el proceso inflamatorio de tipo tumoral que tiene una forma piramidal con el vértice dirigido hacia las cavidades. Al llegar a la parte más profunda sale una pequeña cantidad de pus bien ligado en cantidad no mayor de 2 cc. Extirpada la lesión, queda una cavidad que sangra poco, cuya pred es bien lisa y de la cual se extrae una pequeña cuña para biopsia. Taponaje con gasa de esta loge para hemostasia. Una gasa en la cara posterior del riñón para drenaje. Puntos de catgut a los planos musculares. Lino a la piel.

*Post-operatorio.* — Temperatura 38°5 mantenida durante los 4 ó 5 primeros días. El tubo drena discreta cantidad de pus y hay una discreta infiltración de la herida la que es necesario entreabrir drenando pus, con lo que la temperatura desciende. Después de entonces la herida cicatriza bien, el tubo drena cada vez menos y al final se saca a los 14 días de la intervención. A los 10 días de la intervención el enfermo inicia una diarrea abundante con 4 a 6 deposiciones diarias, con moco pero sin sangre. El Yatren lo mejora. El enfermo en la segunda semana ya está sin temperatura pero sin embargo llama la atención que el estado general no mejore, manteniéndose como intoxicado. A los 16 días inicia nuevamente temperatura, manteniéndose primero subfebril y luego llega en picos hasta 38°5. Al mismo tiempo se queja de un dolor intenso a nivel del hipocondrio derecho, la región lumbar y la base del tórax del mismo lado.

No se puede demostrar en ningún momento una contractura muscular mantenida, ni tampoco tumoración alguna correspondiente al riñón o al hígado. A la percusión del tórax la base derecha está a unos dos traveses de dedos más arriba que la izquierda, y el pulmón no excursiona bien de ese lado. El dolor es más exquisito a nivel de la misma base del tórax derecho, por lo que se decide hacer una punción exploradora a nivel del sitio de máximo dolor, en el 10º espacio intercostal, a la altura de la línea escapular. Dirigiendo la aguja horizontalmente a unos 6 cms. se extrae un pus bien ligado. El examen bacterioscópico de dicho pus revela la existencia de abundantes estafilococos.

*Exploración radiográfica.* — El examen radioscópico del tórax pone de manifiesto una moderada sobreelevación del diafragma del lado derecho.

Radiografía directa: nada de particular.

No se obtiene un urograma por excreción por la dificultad en la obtención de placas radiográficas.

*Operación.* — 2 de julio de 1941. Cirujano: Dr. Ercole. Ayudante: Dr. Gurruchaga.

Anestesia con éter. Lumbotomía anatómica del lado derecho. Sección parcial del dorsal ancho y resección de la punta XIIª costilla. Llegado a la loge renal se evacúa un flemón perinefrítico que ocupa la cara posterior del riñón drenando regular cantidad de pus bien ligado. Al liberar el riñón éste se decápsula. Riñón grande alto, existiendo a nivel de su cara posterior próximo al polo superior una ulceración de tipo crateriforme de unos 5 cms. de diámetro, de fondo irregular y de cuya superficie se desprende fácilmente resto de tejido de aspecto necrótico. Se deja una gasa y un tubo de drenaje a dicho nivel. Puntos separados de catgut al dorsal ancho. Lino a la piel.

*Post-operatorio.* — Temperatura que llega a 39° el primer día y luego continúa en descenso hasta hacerse normal al 5º día. La herida drena abundante pus en los primeros días y luego va decreciendo paulatinamente. Hay una evidente mejoría del estado general. A los 17 días de la intervención, cuando la herida ya no drena más y se ha retirado el drenaje, el enfermo inicia temperatura que llega a 40° no pudiendo establecer ni por el examen clínico ni por una radiografía de tórax signos de localización. Se indica sulfatiazol y después de 4 ó 5 días aparecen en su pierna y muslo derecho unas placas rojas de tipo erisipelatoide. Se sustituye el sulfatiazol por sulfanilamida. Dichas placas desaparecen rápidamente y la temperatura desciende a lo normal.

El enfermo es dado de alta curado a los 34 días de la intervención.

1/9/41: Con el objeto de controlar el estado de sus riñones se le efectúa un urograma por excreción que pone de manifiesto que morfológicamente ambas cavidades renales presentan su conformación normal.

*Observación N° 12.* — H. C. N° 668. Aldo G., 29 años, argentino, soltero. Bioquímico. Enfermo que debemos a la gentileza del Prof. Dr. Silbertstein. Ingresa a nuestra Clínica Privada el 28 de diciembre de 1944.

*Antecedentes personales.* — No recuerda enfermedades. No hay venéreas. No es fumador ni bebedor. No es constipado.

*Enfermedad actual.* — Desde hace 4 meses (agosto del corriente año), nota un decaimiento general con disminución del apetito y pérdida de peso. Un mes después le aparecen dolores musculares y fiebre de 38° que trata con sulfatiazol, mejorando al cabo de un mes. El 18 de octubre (hacen dos meses), reinicia temperatura, al principio 37°7 a 38°5 y más adelante esta temperatura se mantiene entre 37° a 37°5 por la mañana y 39° a 39°5 por las tardes. En estas condiciones hace un mes se le efectúa una radiografía del pulmón que revela una reacción marcada de la trama que se interpreta como bacilar. Es tratado con calcio, vitaminas y oro, y

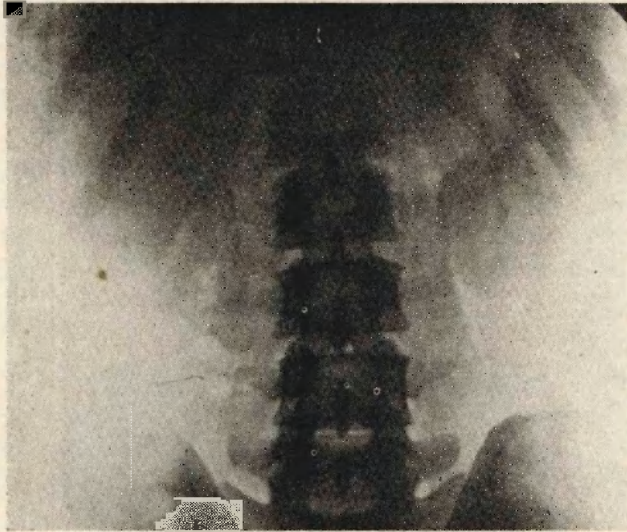


Figura 21

Urograma por excreción correspondiente a la Observación N° 12. Del lado izquierdo: pielograma normal. Del lado derecho: la visualización no es tan nítida. Cáliz inferior afilado y cáliz medio desplazado contra la pelvis.

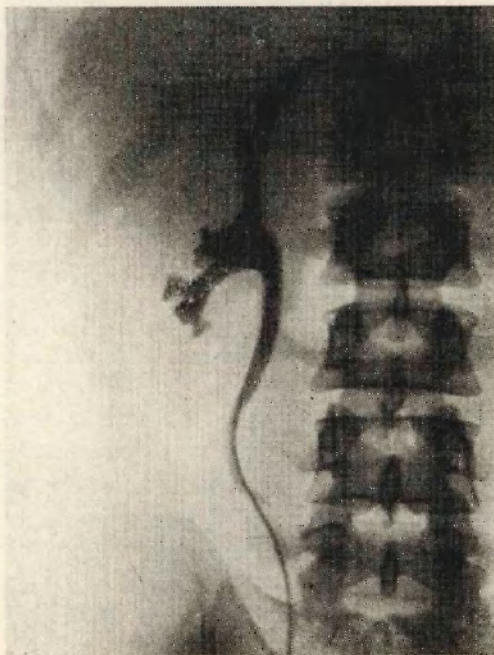


Figura 22

Pielografía por relleno correspondiente a la Observación N° 12. Rechazo y deformación del cáliz medio, que contrasta con el aumento en el diámetro transversal del riñón.

una nueva radiografía obtenida 15 días después, pone de manifiesto un campo pulmonar claro. El enfermo ha continuado sin embargo hasta la fecha con su cuadro febril de grandes oscilaciones, habiendo sido todos los exámenes practicados con el objeto de determinar la existencia de un foco séptico, negativos. Hacen 4 días, un examen de orina, que hasta la fecha habían sido negativos, cosa que ha sido controlada por el mismo enfermo que es bioquímico, revela la existencia de regular cantidad de pus, razón por la cual el Prof. Dr. Silberstein nos solicita nuestra opinión al respecto.

*Estado actual.* — Enfermo bien constituido, de moderado panículo adiposo. Tensión arterial: Mx. 13 cms. Mn. 7.5 cms. Corazón: tonos netos. No hay ruidos agregados.

Pulmones: nada de particular.

Abdomen: blando, depresible, indoloro. Hígado y bazo: no se palpan.

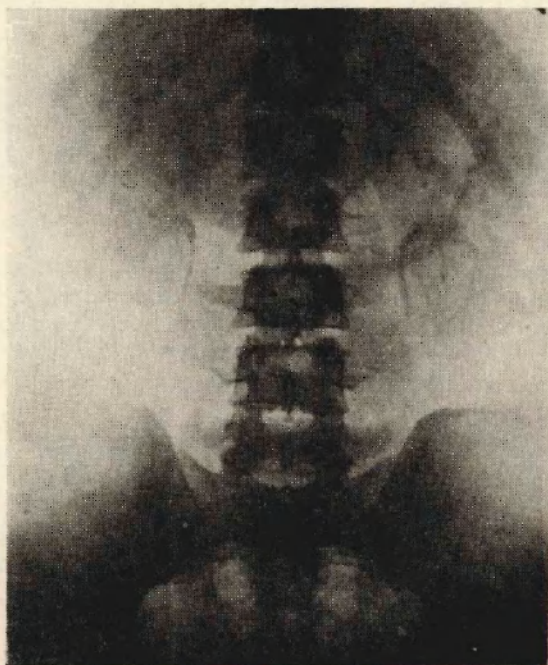


Figura 23

Urograma por excreción correspondiente a la Observación N<sup>o</sup> 12, obtenido una vez curado el enfermo. Pielograma del lado derecho: normal, que contrasta con el de las radiografías anteriores.

*Aparato urinario.* — Riñones: Riñón izquierdo: no se palpa. La palpación del riñón derecho despierta un discreto dolor alcanzándose apenas el polo inferior.

Uretra: permeable. Próstata: normal.

Vejiga: buena capacidad. Cistoscopia: mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales bien implantados.

*Examen de laboratorio.* — 22/12/44: Orina: sedimento. Discreto número de picocitos conglomerados. Algunas células epiteliales planas.

Examen bacterioscópico: se observan escasos estafilococos.

26/12/44: Bacterioscópico: negativo. Sedimento: escasos leucocitos.

30/12/44: Bacterioscópico: negativo. Sedimento: escasos leucocitos.

<i>Exámenes de sangre:</i>	21/9/44	27/10/44	7/11/44	27/11/44	12/12/44
Hematíes . . . . .	4.880.000	3.980.000	4.350.000	3.820.000	3.650.000
Leucocitos . . . . .	13.000	16.400	18.200	15.800	18.200
Valor globular . . .	1.01	0.96	0.85	0.96	0.95
Hemoglobina . . . .	98 %	76 %	74 %	73 %	70 %

**Fórmula:**

Neutrófilos . . . .	76	80	67	57	78
Eosinófilos . . . .	0	0	0	0	0
Basófilos . . . . .	0	2	2	1	2
Linfocitos . . . . .	18	2	4	9	5
Monocitos . . . . .	6	16	26	33	15
	No hay elementos pat.			Lig. aniso poiquitos	Dis. aniso poiquitos

*Exploración radiográfica.* — Radiografía directa: nada de particular. Se visualizan los bordes del psoas.

19/12/44: Urograma por excreción. Del lado izquierdo: buena eliminación. Pielograma morfológicamente normal. Del lado derecho la visualización del pielograma no es tan nítida como la del lado izquierdo. Es posible sin embargo establecer que el cáliz inferior está afilado y que el cáliz medio está desplazado contra la pelvis. Sombra renal grande, sobre todo ensanchada.

20/12/44: Pielografía ascendente. Del lado derecho se observa un rechazo y deformación del cáliz medio que contrasta con el ensanchamiento del diámetro transversal del riñón. El cáliz medio esta como comprimido sobre la pelvis.

*Evolución.* — Con el diagnóstico de antrax del riñón se medica al enfermo con penicilina a la dosis de 30.000 unidades en forma intramuscular cada 3 horas, totalizando 1.500.000 unidades. Desde el 2º día la temperatura desciende a lo normal y el enfermo desde entonces no vuelve a tener más temperatura, habiendo una evidente mejoría del estado general con recuperación del apetito. Las orinas aclaran totalmente y las investigaciones en las mismas son negativas.

A los 20 días de internación, ya el enfermo completamente repuesto está en condiciones de darse de alta. Con el objeto de controlar el estado de sus riñones se efectúa una nueva exploración radiográfica.

Urograma por excreción. Lado izquierdo: buena eliminación. Pielograma de aspecto normal. Lado derecho: buena eliminación. Pielograma normal. Llama la atención si comparamos estas radiografías con las obtenidas antes de la medicación con penicilina que la morfología del pielograma es totalmente distinta, ya que el cáliz inferior no está más afilado y el cáliz medio que se encontraba comprimido sobre la pelvis y deformado, se ha desplazado nuevamente a su posición normal.

El riñón se ha reducido de tamaño, no presentando ya ese aumento del diámetro transversal.

Entendemos bajo la denominación de ántrax del riñón a una variedad de pionefritis que se presenta con el aspecto de una tumoración inflamatoria, constituida por un conglomerado de focos supurados y necróticos, que se loca-

lizan siempre en el parénquima renal, y en que por excepción, las vías excretoras están invadidas. El germen que lo determina es el estafilococo aureus, que llega al riñón por vía hemática y toma su origen en una infección periférica mínima (forúnculo, panadizo, etc.).

El ántrax del riñón tiene, habitualmente, la forma de una pirámide trunca, con la base en contacto con la cápsula del riñón y el vértice dirigido hacia la vía excretora con la cual puede contactar, sin llegar como acabamos de decir, sino por excepción, a invadirla o evacuarla en la misma. En cambio evoluciona siempre hacia la atmósfera grasosa del riñón, determinando una perinefritis, que en un número elevado de casos llega a la supuración, dando origen al cuadro clínico bien conocido del flemón perinefrítico.

### FRECUENCIA

Si nos atenemos al número de observaciones publicadas, podríamos decir que el ántrax del riñón es una afección rara. En efecto, Dick en el año 1928, reunió en total 27 casos de la bibliografía mundial; Brady recopila 88 hasta el año 1932, Cibert y Klajman, 110 casos hasta el año 1937, Ingrish 146 casos incluidas sus 10 observaciones personales en 1939 y finalmente Huguier, en el mismo año, reúne 128 observaciones. Después de entonces, si bien es cierto que el número de observaciones publicadas es proporcionalmente mayor, podemos sin embargo aceptar que el porcentaje de nuestra enfermedad continúa siendo reducido. Deseamos insistir sobre este aspecto del problema como lo venimos haciendo desde publicaciones anteriores, en el sentido de destacar que el ántrax del riñón es mucho más frecuente de lo que se deduce del análisis de dichas estadísticas. Su rareza se debe, para nosotros, a que no se diagnostica, por insuficiencia en el examen clínico del enfermo, ya que con frecuencia el ántrax determina la formación de un flemón perinefrítico, que pasa a ocupar el primer plano en la sintomatología de la enfermedad y oculta la lesión primitiva en el riñón. En algunos casos el ántrax cura espontáneamente al originar la complicación perirrenal y en otros sigue su evolución, pudiendo llevar a la muerte del enfermo si el médico oportunamente no hace un diagnóstico correcto.

Si aceptamos que el flemón perinefrítico, mal llamado primitivo, es una afección relativamente frecuente, y si consideramos que en estos casos la lesión primitiva que lo determina es un proceso supurativo del parénquima renal del tipo de las pionefritis, debemos concluir que el ántrax, una de las variedades anatómicas de las mismas, debe observarse con relativa frecuencia en estos casos. hecho que creemos demostrarlo al través de nuestra experiencia personal que se condensa en las 12 observaciones, motivo de este trabajo.

## CONSIDERACIONES CLINICAS

El ántrax del riñón se exterioriza clínicamente por los síntomas generales de una infección más o menos evidente, según el caso, pero que excepcionalmente toma el aspecto de una sobreinfección aguda y por el contrario tiene con mucha frecuencia el carácter de una infección subaguda o crónica, a lo que se agregan los síntomas de localización determinados por el proceso supurativo en el parénquima renal o habitualmente por su complicación, el flemón perinefrítico.

Si bien es cierto que el mal llamado flemón preinefrítico primitivo, es en realidad secundario a un proceso supurativo del parénquima renal (Mac Jordan, Albrecht, Schnitzler, Berejeret, Lecene, etc.), es también cierto que habitualmente, cuando el proceso renal se exterioriza clínicamente, ya se ha producido la complicación supurativa de la atmósfera grasosa del riñón, como lo prueba la recopilación estadística de Cibert y Klajman, en que sobre 68 observaciones en 43 existía ya esta complicación, y nuestra casuística, en que sobre 12 observaciones en 10 había un flemón perirrenal. Es que las pionesfritis evolucionan siempre y rápidamente hacia la atmósfera grasosa del riñón, donde se abren, determinando la formación de un flemón que toma en muchos casos el carácter de enfermedad primitiva, ya que con no rara frecuencia, la lesión supurativa del riñón cura espontáneamente al determinar dicha complicación, mientras que por el contrario, el flemón perinefrítico sigue su evolución progresiva si el médico no se adelanta a los hechos, provocando su drenaje al través de una intervención quirúrgica.

En cambio, éste es otro aspecto en la evolución de estas lesiones que tiene una importancia clínica muy grande, las pionesfritis evolucionan excepcionalmente hacia la vía excretora renal, lo que justifica el que en estos enfermos no existan síntomas urinarios, y el que en la orina, no se demuestren habitualmente elementos patológicos, como pueden ser glóbulos de pus y de sangre. La presencia en la orina del germen determinante de la infección, no tiene más valor, para nosotros, del que representa su hallazgo en la orina de un enfermo portador de una infección, cualquiera sea su localización, en el cual se observa en un porcentaje elevado de casos, dicho germen en la orina (Cabot).

## DIAGNOSTICO

En el diagnóstico del ántrax del riñón tienen importancia:

1º) Los antecedentes de la enfermedad y en este sentido adquiere un valor fundamental el antecedente de la infección periférica mínima que representa el origen de la infección metastática. Habitualmente esta infección periférica está

representada por un forúnculo, que el enfermo ha padecido varias semanas antes de la iniciación de su localización renal, por lo que es necesario investigar, por un interrogatorio cuidadoso, la existencia de la misma, pues habitualmente ya ha cicatrizado su localización cutánea cuando se exterioriza el padecimiento renal.

2º) La existencia de la complicación habitual del ántrax, el flemón perinefrítico, casi siempre de localización posterior. La contractura de los músculos de la región, el dolor local intenso, la inmovilidad y la sobreelevación del hemidiafragma correspondiente, la reacción pleural de vecindad, los síntomas de psoítis, la desaparición en la radiografía de la sombra del psoas, la lordosis de la columna, la sombra radiográfica de la masa tumoral constituida por la colección supurada, son todos elementos de juicio que tienen importancia para el diagnóstico de dicha complicación, y que en caso de dudas puede ser confirmado por una punción exploradora.

Cuando el médico hace el diagnóstico de un flemón perinefrítico, hace en realidad el diagnóstico de la complicación de otra enfermedad que habitualmente radica en el riñón o en sus vías excretoras, y si este flemón perinefrítico tiene el carácter del mal llamado flemón perinefrítico primitivo o metastático, se puede aceptar que la enfermedad primitiva localiza en el parénquima renal y es del tipo de las pionefritis. La exploración radiográfica, que estudiaremos en seguida, y que debe ser sistemática en estos casos, determinará la jerarquía de la pionefritis y condicionará en consecuencia, como veremos más adelante, la conducta terapéutica.

Cuando el ántrax no ha determinado todavía la perinefritis secundaria, el aumento del tamaño del riñón, la disminución de su movilidad, y el dolor que provoca su palpación, son elementos que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico.

3º) La negatividad de los síntomas urinarios y la falta de elementos anormales en la orina, en la que cuanto más suelen observarse escasos glóbulos de pus y eventualmente la presencia del germen habitual de la infección, el estafilococo, son síntomas negativos del valor positivo para el diagnóstico.

4º) Finalmente, el diagnóstico de certeza nos será brindado por los elementos de la exploración radiográfica, que no debe faltar en estos casos, ya que la misma aclarará todas las dudas que plantee el cuadro clínico del enfermo.

Comentábamos en un trabajo anterior (1940), que de acuerdo con Graves y Parkis (1936), el diagnóstico preoperatorio del ántrax se había hecho tan sólo 11 veces sobre 67 casos, porcentaje muy reducido si teníamos en cuenta nuestra experiencia de entonces, en que habíamos llegado al diagnóstico previo en nuestras cuatro observaciones personales. Destacábamos, en dicha oportu-



nidad, el valor que tiene en este sentido la exploración radiográfica, que había sido terminante en nuestras cuatro observaciones y que había también dado elementos de diagnóstico positivo en 25 casos (64 %) sobre 39 enfermos a los cuales se le efectuó esta exploración en la serie recopilada por Hughier en el año 1939.

En la actualidad, con una experiencia personal de 12 observaciones, podemos confirmar, con más fundamento, el valor de esta exploración radiográfica en el proceso que estudiamos, ya que en todas ellas, vale decir en el 100 % de los casos, el urograma por excreción o la pielografía por relleno nos han dado elementos de juicio suficientes como para presumir o confirmar el diagnóstico de ántrax del riñón.

La radiografía directa, examen previo de rutina, puede brindar ya algunos datos útiles al revelar un aumento de tamaño de la sombra renal o los signos bien conocidos de la complicación perirrenal del ántrax, el flemón perinefrítico, como son el borraramiento de la sombra del psoas, la lordosis de la columna o la sombra de la masa tumoral constituida por la colección supurada.

Pero el diagnóstico de certeza de la piónefritis, lo brinda solamente la existencia de una deformación en el pielograma, tanto en el urograma por excreción como en la pielografía por relleno.

La imagen pielográfica del ántrax es del tipo tumoral y ello justifica, sobre todo si recordamos, por una parte la forma clínica del cáncer febril del riñón, y por la otra la existencia del ántrax de evolución lenta, que se haya cometido el error diagnóstico, en estos casos, con un cáncer, siendo en este sentido perfectamente demostrativas nuestras observaciones Nos. 5 y 9, en las que se planteó el diagnóstico diferencial con un cáncer, y en las que solamente la intervención quirúrgica pudo aclarar las dudas diagnósticas. En efecto, en la recopilación efectuada por Huguier, se demuestra que en los casos en que se efectuó una pielografía se observan: compresión de los pequeños cálices (dos casos), modificación del sitio de un gran cáliz (siete casos), cáliz alargado (cuatro casos), cáliz estrechado (dos casos), cáliz alargado y estrechado (tres casos), cáliz parcialmente lacunar (tres casos), y uréter rechazado (dos casos).

Excepcionalmente en algún caso pueden observarse imágenes semejando cavernas por relleno de las zonas necrosadas o reblandecidas.

Si analizamos nuestras observaciones llegamos a una conclusión coincidente, ya que también en ellas se demuestran deformaciones en el pielograma caracterizadas por imágenes de falta de relleno, de compresión de los cálices o de la pelvis renal, elongación y dislocación de los mismos.

Todas estas deformaciones del pielograma son iguales a las que se observan en el cáncer del riñón, hecho perfectamente comprensible si tenemos en

cuenta que el ántrax es en realidad un tumor inflamatorio y como tal actúa para dar las alteraciones en el pielograma.

Quisiéramos destacar, en este sentido, un hecho que nos ha llamado la atención en el análisis de nuestras observaciones y es el de que en general la deformación pielográfica del ántrax hace pensar, casi siempre, en la existencia de una lesión de mayor tamaño de lo que finalmente se demuestra en el examen de la pieza operatoria. Y es así cómo aún en el caso de pequeñas lesiones corticales, pueden observarse modificaciones en el pielograma, suficientes como para llegar al diagnóstico de la enfermedad causal.

El urograma por excreción nos parece la exploración radiográfica de elección en estos casos, que nos brinda en general elementos de juicio suficientes, al través sobre todo de la imagen pielográfica, como para llegar al diagnóstico de la afección que estudiamos. Solamente en el caso de que por deficiente eliminación, el pielograma obtenido no sea bien demostrativo, podrá recurrirse a la pielografía por relleno, sin contar con que la falta de eliminación de un riñón en que sospechamos una pionefritis, puede ser un elemento de juicio suficiente como para confirmar dicho diagnóstico (observación N° 4). Salvo en la observación N° 1, en que no efectuamos un urograma por excreción, en las 11 restantes observaciones, que constituyen nuestra casuística, el urograma por excreción nos orientó en el sentido de la enfermedad causal, y si bien es cierto que en 4 casos efectuamos además una pielografía por relleno, en todos ellos esta exploración la hicimos con la finalidad de objetivar mejor la imagen pielográfica, que ya adivinábamos deformada en la pielografía excretora.

## TRATAMIENTO

Hasta hacen pocos años la única terapéutica que cabía frente a un ántrax del riñón, era la intervención quirúrgica. En este sentido las intervenciones preconizadas variaban naturalmente con la importancia del proceso supurativo y la precocidad de su diagnóstico. Cabe sin embargo destacar que frente a la conducta radical representada por la nefrectomía, la más generalizada operación en un principio, se tentaron operaciones conservadoras, tales como el simple drenaje previa descapsulación, la nefrectomía parcial y la enucleación del ántrax, cuyos resultados favorables modificaron, en cierta medida, el pronóstico grave de la afección que tratamos. Si bien es cierto que la enucleación del ántrax, es a nuestro modo de ver, la más conservadora y la más efectiva de todas las operaciones preconizadas en estos casos, ha sido pocas veces practicada (Neff, Hotchkiss, Beer, Chevassu, Mooney y nosotros). Consideramos, sin embargo, que ella debe ser la operación de elección en el tratamiento quirúrgico del ántrax, hecho

que abonamos con nuestra experiencia personal, ya que la hemos efectuado en tres casos con un éxito operatorio inmediato y una restitución anatómica y funcional como resultado operatorio alejado. En efecto, de acuerdo con Hotchkiss y Neff, es posible crear un plano de clivaje entre la tumoración inflamatoria constituida por el ántrax y el tejido renal sano, que permite la extirpación del ántrax, respetando el parénquima renal no alterado, como lo demuestran primero Neff y luego los autores ya mencionados y nosotros, al extirpar el ántrax sin desgarrar el parénquima renal, llegando en esta forma a la curación de la enfermedad. No existe en realidad un verdadero plano de clivaje, pero la limitación del proceso por la reacción fibrosa periférica, permite su extracción, aprovechando de la diferencia de consistencia del tumor inflamatorio y del parénquima renal conservado.

La nefrectomía parcial entendemos que es una intervención que no se justifica en estos casos frente a las ventajas de la enucleación del ántrax y los inconvenientes de su mayor gravedad operatoria y en cuanto al drenaje, previa decapsulación, solamente podrá estar indicado en aquellos casos en que el ántrax tenga tendencia a la abcedación. Sin embargo, con el uso de la penicilina, como veremos en seguida, esta intervención puede ampliar el radio de sus indicaciones.

El empleo de la medicación antibiótica y en particular el uso de la penicilina, ha representado en la terapéutica del ántrax un cambio radical en la conducta a seguir. Nuestro malogrado compañero de trabajo, el Dr. José María Iturralde, presentó este año, en la Sociedad de Cirugía de Rosario, una observación de ántrax del riñón curado con la penicilina, a la que puede agregarse otra observación relatada en la misma sesión por Fort y nuestra observación Ng 12 en la que también se obtuvo la curación radical con un tratamiento exclusivo con penicilina.

Son en realidad estas tres observaciones las únicas que conocemos en que se puede hablar de curación de un ántrax con el uso exclusivo de la penicilina. Mencionaremos sin embargo la observación de Shearer, Mac Thomas y Miller y la de Lobo Onell, Lefton y Donoso, en que se llegó a la curación agregando, al drenaje del foco supurado, la administración de penicilina.

No es posible efectuar sin embargo la curación de todos los ántrax del riñón con el empleo de la penicilina, y cabe destacar en este sentido, como lo establece Iturralde en el trabajo ya citado, que es probable que el éxito en estos casos dependa de la precocidad en el tratamiento. Si él se efectúa en el primer período de la evolución del ántrax, podrá conseguirse la curación de la enfermedad, pero en cambio, si tomamos al proceso en un período más avanzado, cuando predomina la fibrosis, que tiende a ahogar al proceso piógeno, en que existen focos necróticos, con un tejido poco vascularizado, tal vez la penicilina

no pueda actuar entonces a una concentración adecuada como para determinar la curación del proceso.

Es indudable que la medicación antibiótica marca una nueva etapa en el tratamiento del ántrax del riñón, lo que ha de restringir, sin lugar a dudas, las indicaciones quirúrgicas en esta afección, sobre todo si el médico llega precozmente al diagnóstico de la misma y somete al enfermo a una directiva terapéutica apropiada.

### CONCLUSIONES

En nuestro trabajo anterior (Ercole y Fort: "Rev. Arg. de Urol.", T. 9, 1940, pág. 301) llegamos a las siguientes conclusiones que reafirmamos al través de nuestra mayor experiencia.

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

2º) 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.

3º) El diagnóstico del 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.

4º) 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 renal.

Finalmente, por lo que se refiere a la terapéutica deseamos agregar:

5º) Hecho el diagnóstico del ántrax, cabe indicar un tratamiento a base de penicilina. Si esta terapéutica no cura radicalmente el proceso, la indicación operatoria se impone. En este sentido nuestra conducta tiende a ser conservadora. La enucleación del ántrax es la operación de elección y que brinda un resultado anatómico y funcional excelente. El simple drenaje de la lesión, cuando la misma es extendida, con el agregado de la medicación antibiótica, puede llevar a la curación de la enfermedad. La nefrectomía debe ser una operación de excepción, solamente reservada para los casos en que el riñón se encuentre en su mayor parte comprometido por el proceso supurativo.

## BIBLIOGRAFIA

- Brady, I.* — Carbuncle of the kidney (Metastatic staphylococcus abscess of the kidney cortex). *J. of Urol.*, Vol. 27, 1932, pág. 295.
- Cabot, H.* — Blood stream infections of the kidney. VI Congreso Internacional de Urología. 1936, pág. 204.
- Cibert y Klajman.* — L'antrax du rein. *Journal d'Urologie*, T. XLIV, 1937, pág. 273.
- Chevassu.* — Abscés corticaux du rein. *Journal d'Urologie*, T. XXXIV, 1933, pág. 105.
- Chevassu.* — A propos de l'enucleaton des antrax du rein. *Journal d'Urologie*, T. XLIII, 1937, pág. 272.
- Dell'Oro, B. y Gorla, V.* — Antrax de la cara anterior del riñón. *Soc. de Cir. de Rosario*, Tomo VII, 1940, pág. 213.
- Dick, B. M.* — Staphylococcal suppurative nephritis (Carbuncle of the kidney). *The British J. of Surgery*, T. XVI, 1928, pág. 106.
- Ercole, R.* — Antrax del riñón en una niña de nueve años. Valor diagnóstico de la pielografía. *Rev. Med. de Rosario*, 1933, pág. 938.
- Ercole, R.* — Antrax del riñón. *Anales de Cirugía*, T. I, 1935, pág. 103, y *Rev. de Cir. de Buenos Aires*, 1934, pág. 458.
- Ercole, R. y Fort, A.* — Antrax del riñón. Enucleación del antrax. *Anales de Cirugía*, T. IV, 1938, pág. 98, y *Soc. de Cir. de Rosario*, T. V, 1938, pág. 201.
- Ercole, R. y Fort, A.* — Antrax del riñón. A propósito de dos nuevas observaciones personales. *Rev. Arg. de Urología*, 1940, pág. 301.
- Graves y Parkins.* — Carbuncle of the kidney. *J. of Urol.*, Vol. 35, 1936, pág. 1.
- Fort, A.* — Consideraciones diagnósticas y conducta terapéutica en el antrax del riñón. *Rev. de la Soc. de Cir. de Rosario*, T. 14, 1947, pág. 35.
- Hotchkiss.* — On excision of the infarct in acute hematogenous infections of the kidney. *Ann. of Surgery*, T. LVIII, 1913, pág. 226.
- Huguier, J.* — L'antrax du rein. *Doin G. y Cia.*, Paris, 1939.
- Illyes, G.* — Uber die eiterungen des nierenparenchymis. VI Congreso Internacional de Urología, 1936, pág. 246.
- Israel, James y Willy.* — Chirugie des niere und des harnleiters. Leipzig, 1935.
- Irralde, J. M.* — Antrax del riñón. Curación con penicilina. *Rev. de la Soc. de Cir. de Rosario*, T. XIV, 1941, pág. 30.
- Ingrish.* — Carbuncle of the kidney. *J. of Urol.*, Vol. XI, II, 1939, pág. 326.
- Jorda, P.; Kahle, M. M. y Tomskey, G.* — Staphylococcal infections of the renal cortex. An analysis of five additional cases of carbuncle and six additional cases of abscess. *J. of Urol.*, Vol. 43, 1940, pág. 774.
- Lazarus, J.* — Carbuncle of the kidney. *J. of Urol.*, Vol. 21, 1929, pág. 353.
- Llanos, M.* — Infección metastática del riñón. *Rev. Arg. de Urol.*, Vol. 10, 1940, pag. 60.
- Mc Nulty, P.* — Carbuncle of the kidney: review of the literature. *J. of Urol.*, Vol. 35, 1936, página 15.
- Motz, Ch.* — Les pyonephritis. *Archives Urologiques de la Clinique de Necker*, T. VII, 1931, página 221.
- Mooney, K.* — The treatment of carbuncle of the kidney. *J. of Urol.*, Vol. 47, 1942, pág. 249.
- Necker, F.* — Parenchimeiterung der niere. VI Congreso Inter. de Urología, 1936, pág. 299.

- Neff, J. H.* — Eucleable multilocular abscesses (Carbuncle of the kidney). *Annales of surgery*, T. XCIII, 1939, pág. 506.
- Nesbit, R. y Dick, V.* — Acute staphylococcal infections of the kidney. *J. of Urol.*, Vol. 43, 1940, pág. 623.
- O'Connor, V. J.* — Carbuncle of the kidney. *J. of Urol.*, T. 30, 1933, pág. 1.
- Pagliere, L. y Schappapietra, T.* — Sobre la evolución de un antrax de riñón (Pionefrosis a forma aracnoide). *Rev. Arg. de Urol.*, Vol. X, 1941, pág. 399.
- Parody, R.* — Antrax de riñón. *Soc. de Cir. de Rosario*, T. VIII, 1941, pág. 170.
- Shearer, T.; Wiper, T. y Miller, J.* — Renal carbuncle. A new method of treatment. *J. of Urol.*, Vol. 54, 1945, pág. 12.
- Tejerina, Fotheringham.* — Antrax de riñón. *Soc. de Cir. de Rosario*, T. III, 1936, pág. 375.

patología, den carácter a un cuadro clínico o modifiquen una conducta terapéutica.

Señores Consocios: En este mundo todavía enloquecido, en que los pueblos no encuentran su propio centro de gravedad, en que pareciera que las fuerzas de la materia quieren seguir dominando a las del espíritu, nosotros que hemos tenido el privilegio de vivir en esta tierra de promisión, ajenos todavía a la tragedia, tenemos al menos la obligación de trabajar. Y hemos de hacerlo en un esfuerzo común, contribuyendo cada uno con nuestro modesto grano de arena, para que, al seguir elevando el nivel cultural de nuestra Sociedad, dentro de nuestras propias posibilidades, justifiquemos la herencia de nuestros mayores, luchando por el ideal de una Argentina cada vez más grande.