

NUESTRA IMPRESIÓN SOBRE EL IV CONGRESO INTERNACIONAL DE UROLOGÍA

por los doctores

M. PARÉS y J. LUCENA

Miembros de la Sociedad Internacional de Urología y Urólogos del Hospital de Sta. Cruz y S. Pablo

No podemos empezar a escribir nuestra impresión de este Congreso, sin hacer constar antes la felicitación que merece la comisión organizadora del mismo, y en especial nuestros amigos, los profesores PEÑA y PASCUAL, Presidente y Secretario respectivamente del Congreso. No puede darse una organización más perfecta ni más acertada de todos y cada uno de los actos que constituyeron el Congreso, y ello no solamente por lo que se refiere al orden científico, sino en aquellos otros que fueron organizados para solaz y bienestar de los compañeros extranjeros que nos honraron con su presencia. En corroboración de lo dicho podemos afirmar que con cuantos congresistas tuvimos ocasión de hablar sobre este particular, manifestaron unánimemente, la agradable impresión que se llevaban a sus respectivos países. No cabe duda, pues, de que ha sido el IV Congreso, de todos los celebrados por la Sociedad Internacional de Urología, uno de los que ha tenido mayor éxito y contado con mayor número de asistentes.

De este Congreso puede deducirse que un criterio ecléctico ha venido a ser el dominante en la etiología de las hidronefrosis, pues tanto los partidarios antiguos preferentes de causas estáticas, congénitas o no, como los defensores modernos casi de un exclusivismo dinámico, han reconocido que ni unas ni otras aisladamente, pueden explicar el origen del síndrome hidronefrosis. Entre las causas de orden mecánico determinantes de dilatación pélvica, se cuentan en primera línea la nefroptosis y los vasos anómalos que en la casuística numerosa de MARION asciende a más de las dos terceras partes, en mucha menor proporción se hallan un sinnúmero de causas que estenosando o comprimiendo la vía excretora alta de la orina (pelvis y uréter) dan lugar a las crisis de hidronefrosis. Los agentes etiológicos de orden funcional defendidos primeramente por LEGUEU, han tomado ya carta de naturaleza y hoy han sido aceptados por todos, de modo especial en las mal llamadas pequeñas hidronefrosis. La orina no desciende del riñón a la vejiga siguiendo las leyes de la hidráulica, sino que es propulsada por una sinergia funcional integrada por contracciones pielíticas, por la acción esfinteriana peloureteral, por contracciones peristálticas del uréter y aun por una acción esfinteriana, uréterovesical, bastando el trastorno de una de ellas para que aparezca retención pélvica y por ende crisis de hidronefrosis.

Los modernos métodos de exploración urológica han venido a dar luz sobre el síndrome, de un modo especial la pielografía y la pieloscopia en serie; la primera haciendo referencia de la dilatación pélvica, la segunda de su retención; la pielografía traduce más bien trastornos de tonicidad muscular, al paso que la pieloscopia los de contractilidad. No obstante, ha sido puesto en evidencia que tanto la introducción de las sondas como las sustancias opacas empleadas, pueden y deben modificar la intensidad y cronología de los fenómenos determinantes del vaciamiento uropélvico, como decíamos en una de nuestras discusiones, malogrando por tanto el valor real de dichos métodos exploratorios. Por esto ha sido una de las notas más salientes las aportaciones de la urografía endovenosa mediante el uroselectan, entre las cuales la más importante han sido las de los italianos LASIO y RAVASINI, y de cuyo método cabe esperar aún mucho, pues es el que más se acerca a las condiciones fisiológicas de la secreción urinaria; tal ha sido la confianza y esperanza en este método, que no es de extrañar haya sido por unanimidad fijado este estudio como ponencia para el próximo congreso.

El tratamiento de las hidronefrosis ha sido muy debatido; y si bien ha habido algunos que han enfocado el problema de una manera sintética, la mayoría, al defenderlo desde un punto de vista aislado, han quitado valor a sus conclusiones. Intentando resumir la cuestión afirmaremos que ante todo ha perdido en mucho la tendencia antigua de los tratamientos radicales como las nefrectomías, que sólo hoy día deben recomendarse en hidronefrosis congénitas o en aquellas cuya voluminosa capacidad pélvica, estado infectado de la misma, estado deficiente anatómico o funcional del riñón y falta de tonicidad y contractilidad muscular, hagan pensar en resultados incompletos o fracasos de intervenciones conservadoras.

Las intervenciones conservadoras parecen ser las que más hoy dominan en el criterio de los urólogos y de éstas las nefropexias, las intervenciones sobre vasos anormales, son las que han dado resultados más constantes. La enervación renal según el método PAPIN da lugar a atenuación del síntoma dolor, sin que en cambio quede modificado el funcionalismo renal, según se ha comprobado clínica y experimentalmente; por tanto, es intervención que por su inocuidad queda justificada

en hidronefrosis con predominio de algias como las etiquetadas, retenciones piélicas funcionales (por LEGUEU) y las conocidas con el nombre de pequeñas hidronefrosis dolorosas.

Llegamos a las operaciones plásticas, en las cuales ha habido menos unidad de criterio. Ha sido idea dominante que todas aquellas como la uréteropielostomía, uréteronterostomía y uréterocistostomía, que representan secciones totales del uréter deben proibirse por alterar la ulterior peristalsis ureteral, tanto más después de las experiencias de ALHSNE y BLATT. En cambio, en casos de estrechez intramural del uréter se ha recomendado la electrocoagulación del meato por vía intravesical o la reciente operación de LICHTENBERG, consistente en conseguir la necrosis de tejidos y por tanto aumento del meato uretral por medio de una fuerte ligadura mediante una aguja REVERDIN pasada por dicho meato y por dos o tres centímetros más arriba del mismo en el interior de la cavidad vesical. De las demás intervenciones plásticas hemos sacado la impresión que tan sólo en manos de hábiles cirujanos y más aún respondiendo sólo a resoluciones tomadas en el acto operatorio por experimentados urólogos pueden practicarse. En resumen, diremos, es imposible dar, hoy por hoy, normas sistemáticas de las operaciones plásticas, hasta tanto que las observaciones no sólo se refieran a curaciones de síntomas clínicos como ha sido en la mayoría de casos en la actualidad, sino que sus resultados hayan pasado por el tamiz tiempo referente al metabolismo de la secreción y excreción urinaria.

Las ponencias de los doctores JAEGGY, de Lausanne, y PULIDO MARTÍN, de Madrid, tuvieron entre otros méritos el de poner la cuestión en su verdadero terreno; tanto un ponente como otro sentaron bien categóricamente que en el concepto de antiséptico urinario estábamos muy lejos de encontrar la panacea, y es que este asunto es de una complicación extraordinaria; la sepsis urinaria se establece por una serie infinita de circunstancias, entre las que, naturalmente, el microbio desempeña un papel importante, pero en manera alguna el único y más trascendental. El estudio de la acidez urinaria representada por el Ph. ofrece a JAEGGY un campo de vasto estudio digno de las mayores alabanzas, y que a pesar de sus inusitados e inconmensurables esfuerzos, no logró establecer de una manera absoluta la verdadera relación de causa a efecto; aunque, preciso es confesarlo, dejó bien patente sus dilatados conocimientos de bioquímica urológica y la necesidad de ellos para la discusión de tan importante asunto.

Pero esto es una faceta de la cuestión, y el insigne ponente no olvida las otras concausas, extendiéndose sobre todo en la necesidad del restablecimiento del libre curso de la excreción renal en todo su trayecto, cuya obstaculización, sea el segmento que sea, es suficiente para mantener la sepsis a pesar de cuantos medicamentos podamos emplear.

El otro ponente, el insigne urólogo de Madrid doctor PULIDO MARTÍN, después de un concienzudo estudio de la cuestión establece por orden de trascendencia 4 conclusiones.

1.^a Restablecimiento del curso libre de la orina.

2.^a La exéresis del foco enfermo.

3.^a La sollicitación de la colaboración de la naturaleza y finalmente la cuarta en la que textualmente dice "La ayuda del antiséptico, si es que para el germen dado lo hay..."

En la discusión de esta ponencia todos los interventores abundaron en las mismas ideas y en el ánimo de todos quedó la impresión de que, efectivamente, el antiséptico urinario tipo bactericida directo, selectivo, eficaz y no perjudicial, no existe; cada uno de los que intervinieron en la discusión defendió naturalmente su modo de ver y la acción de su medicamento predilecto y mejor conocido, pero al fin y al cabo todos tuvieron que reconocer que una cosa es una sustancia que esteriliza los cultivos de tal microbio en un cuarto de hora y otra es la acción desinfectante de esta misma sustancia *in vivo*, hasta el punto de que pudimos escuchar de los propios labios de JOUNG que la acción beneficiosa de su defendido mercurio-cromo era quizá debida más al estímulo defensivo orgánico que a su acción parasiticida directa.

En nuestra modesta intervención no tuvimos más remedio que reflejar también esta opinión general, para en caso necesario y de conformidad con la cuarta conclusión del doctor PULIDO, solicitar la ayuda de la hexametilenotetramina sola o asociada a la cafeína, por ingesta o intravenosa, pero como complemento de la solución de las 3 primeras conclusiones.

En resumen, pues, de la discusión de esta ponencia se dedujo claramente que sólo en último término y con limitadas esperanzas debíamos recurrir al antiséptico urinario, al que veríamos fracasar frecuentemente si no teníamos medios eficaces de combatir las otras circunstancias cooperantes de la infección integradas por circunstancias anatómicas y funcionales que se esforzaron en poner de manifiesto cuantos intervinieron en esta discusión.

La infección urinaria a base de bacilo coli es de una frecuencia grandiosa en la práctica urológica, y es a veces de una tenacidad desesperante, adquiriendo ciertas formas y fisonomías tan heterogéneas que llegan a menudo a despistar al extremo de simular enfermedades cuyo agente causal es tan distinto y trascendental como el propio bacilo de Koch.

El criterio unánime ha sido de que el concepto patogénico de la colibacilosis urinaria viene integrado por tres factores: el primero, el infectivo, a base de *b. coli*; el segundo el de foco primitivo extraurinario (digestivo principalmente), y el tercero el metastásico urinario.

Púsose de relieve que el éxtasis crónico, tanto digestivo como urinario, desempeñaba un importantísimo papel sobre todo en el mantenimiento de la infección colibacilar, así como también que el dominio de la enfermedad urinaria no era posible sin la anulación previa del foco primario.

Referente a las vías de propagación se aceptó como la más importante y frecuente, la descendente o hemática; sin que pudiera, no obstante, perderse de vista que en muchos casos la vía seguida por la infección es la ascendente (genital) y hasta la traslinfática, que ha

tenido que admitirse para explicar la patogenia de las cistitis colibacilares sin infección de las vías urinarias superiores, como pusimos de manifiesto en nuestra intervención en la discusión.

Referente a diagnóstico todos pusieron de manifiesto las serias dificultades que pueden presentarse, y no solamente para despistar el agente provocador, sino, y, principalmente, para el descubrimiento de los factores que intervienen en el sostenimiento de la infección, y así se comprende que todos reclamen el auxilio del laboratorio para el hallazgo del germen causal, que muchísimas veces habrá necesidad de individualizar no solamente por sus caracteres micrográficos sino por los de cultivo.

Por otra parte, en algunos casos habrá necesidad de la ayuda de un compañero digestivo patólogo para que logre localizar un foco primario sin cuya anulación fracasáramos en nuestra empresa, y todo esto sin contar que en ocasiones una paciencia a toda prueba es necesaria, tanto por parte del médico como por la del enfermo, para llegar tras repetidas y concienzudas exploraciones al conocimiento de la causa o lesión del árbol urinario que sostiene la colibacilosis.

Del tratamiento de la colibacilosis pudimos sacar las

siguientes impresiones, que parecen responder al criterio de la mayoría de los congresistas. Para las formas agudas es suficiente muchas veces para conseguir resultados positivos, la prescripción de un régimen diatético acompañado o no de medicación antiséptica. Para las formas crónicas y asociadas es donde el problema debe plantearse en forma más compleja, respondiendo a los tres factores patogénicos de que hemos hablado anteriormente, siendo necesaria, por lo tanto, una terapéutica intestinal, una terapéutica urinaria y una terapéutica bactericida. La terapéutica intestinal requerirá ante todo un régimen apropiado, el mantenimiento de una evacuación regular; y en circunstancias especiales, intervenciones, como apendicectomía, enteroanastomosis, sección de bridas, etc. El tratamiento urinario ha de consistir en antisépticos locales y en facilitar un buen drenaje; y caso que éste se haga con dificultad, conseguir el restablecimiento del mismo, aunque sea tributario de intervenciones el obtenerlo. Como terapéutica contra la infección se trató de la quimioterapia y la bioterapia, de las cuales cada uno de los que intervinieron habló bajo su punto de vista, dando preferencia a los preparados con los cuales había obtenido mejores éxitos.

IV CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE UROLOGÍA (Madrid 7-12 abril 1930)

Resumen de las ponencias y discusiones

Primera ponencia: ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA HIDRONEFROSIS. Ponentes: Doctores LEGUEU y FEY (París), LASSIO (Milán), I. SÁNCHEZ COVISA (Madrid).

La concepción de la hidronefrosis como "dilatación de la pelvis renal con retención de orina aséptica", abarca dos conceptos distintos, que comienza por diferenciar LEGUEU en su ponencia. Un primer concepto es el de la dilatación pélvica, lesión anatómica estática, diagnosticable por pielografía y estudiada perfectamente en las piezas operatorias y de autopsia. El otro elemento, la retención de orina, es un trastorno fisiológico de orden dinámico, perceptible únicamente por pieloscopia.

La concepción clásica de la patogenia de la hidronefrosis es sencilla: Todo obstáculo en las vías de excreción renal, impidiendo el paso de la orina, comienza por crear una retención que posteriormente origina la dilatación. Claro está que la causa primordial del obstáculo puede ser muy variada: deformaciones congénitas, vasos anormales, cálculos, acodaduras del uréter por ptosis renal, compresiones tumorales o inflamatorias, etc.

A pesar de ello, en la clínica se ven hidronefrosis sin obstáculo mecánico, pequeñas hidronefrosis en las que hay retención sin dilatación. Para LEGUEU lo esencial y característico es la retención, hasta el punto de que llega a definir la hidronefrosis como una "retención pielítica funcional". Lo fundamental en la patogenia de la hidronefrosis es el trastorno muscular del aparato pielo-ureteral; este trastorno puede ser vario: así la contracción puede estar retardada y ori-

ginar una retención microscópica, o suprimida y originar una retención incompleta. La falta de tonicidad es causa de retención y dilatación; hay sin embargo, otro trastorno anti-tético que es también causa de retención: el espasmo.

El aparato pielo-ureteral asegura la excreción urinaria por la acción sinérgica de los siguientes elementos: 1.º Contracciones pielíticas que producen la formación de un bulbo; 2.º Acción esfinteriana pielo-ureteral que regula la evacuación; 3.º Contracciones peristálticas del uréter; 4.º Acción esfinteriana uréterovesical que protege al uréter en el momento de la micción vesical. El trastorno de una de estas acciones basta para producir la retención.

Tal es la concepción de LEGUEU y FEY respecto a la etiología de la hidronefrosis. En las causas mecánicas no tienen ninguna fe.

No de una manera tan absoluta, abunda LASSIO en las mismas ideas. Para él la separación entre hidronefrosis mecánicas e hidronefrosis dinámicas o funcionales, no es posible en absoluto. Muchas veces el elemento mecánico (cálculo, compresión) no obra directamente, sino que produce un espasmo de efecto oclusivo, más breve, menos estable, pero suficiente para originar una retención. Este espasmo se produce de preferencia en determinadas zonas que son sobre todo las que poseen una inervación más rica así como las de transición de un segmento urinario a otro (cuello de la pelvis y porción extramural).

El espasmo es siempre consecuencia de un elemento mecánico o bien de lesiones anatómo patológicas mínimas como pueden ser las producidas por pequeños desplazamientos re-

nales, vasos anormales, etc. Los espasmos repetidos acaban por originar un estado atónico que supone en la mayoría de los casos una alteración neuro muscular profunda.

Hace resaltar LASSO, la enorme importancia que en su concepto tiene la infección como causa de hidronefrosis y sobre todo para explicar los resultados deficientes que se obtienen a veces en su tratamiento.

Para SÁNCHEZ COVISA no está probado que la repetición de crisis espasmódicas conduzca fatalmente a la producción de la dilatación hidronefrosica; por tanto la esquematización de los fenómenos en la forma descrita le parece un poco prematura. Acepta de buen grado las retenciones piélticas funcionales de LEGUEU, pero cree que con ellas debe hacerse de momento un grupo aparte de hidronefrosis; reservando el nombre de hidronefrosis verdaderas para aquellas en que existe una dilatación evidente de la pelvis renal.

Diagnóstico. Insisten LEGUEU y FEY en la necesidad de un examen radiológico completo, en que se haga conjuntamente pielografía y pieloscopia. Esta última es imprescindible para demostrarnos que las deformaciones pielográficas no son accidentales y momentáneas.

Tratamiento. Este ha de ser: precoz, conservador y suficiente (LEGUEU). Teniendo en cuenta estas reglas hay que tender si se interviene, a suprimir la lesión causal de la retención en el caso de que sea posible conocerla. De lo contrario, lo más aconsejable es recurrir a la nefropexia, a la enervación renal, o a la nefrostomía temporal.

SÁNCHEZ COVISA cree que únicamente en las hidronefrosis muy voluminosas, está indicada la intervención radical. La nefrectomía en estos casos tiene muy raras contraindicaciones y éstas dependen principalmente del estado general del enfermo.

Las formas incipientes de la hidronefrosis sólo deben ser tributarias de una cirugía conservadora.

En las hidronefrosis de mediano volumen es en donde mayores dificultades se encuentran para decidirse entre una operación conservadora o radical. Esta decisión se basará, en cada caso, en la cuidadosa interpretación de los siguientes factores: 1.º El valor funcional de ambos riñones; 2.º El grado de alteración motora de la pelvis y del uréter; 3.º La capacidad de reparación del riñón enfermo; y 4.º El conocimiento de la causa.

En general puede decirse que cuando el riñón enfermo conserve una función regular, por lo menos, y la pelvis se vacíe, aunque sea de un modo incompleto y retardado, el tratamiento conservador tiene una indicación formal.

DISCUSIÓN

Dr. SMETH (Bruselas). Se muestra partidario de la teoría mecánica que es la que da la causa palpable de las hidronefrosis, según dice. Con respecto al tratamiento cree que hay que reaccionar contra las operaciones no conservadoras. Personalmente la operación que en general le ha dado mejores resultados ha sido la nefropexia con fijación alta del riñón.

Dr. COMPAÑ (Barcelona). Cree que sólo deben considerarse como verdaderas hidronefrosis las congénitas, calificando las demás de retenciones piélticas o caliciformes sintomáticas.

Las congénitas han de ser permanentes para considerarlas como verdaderas hidronefrosis; generalmente se deben a deformidades anatómicas y parecen presentarse con mayor frecuencia en los niños, siendo digno de observar que en éstos evolucionan generalmente con una sintomatología más discreta que en el adulto.

Dr. OREJA (San Sebastián). Se muestra partidario del tratamiento conservador teniendo en cuenta la frecuencia con que la lesión es bilateral y además el que posteriormente puede enfermar el otro riñón. Tal es un caso que cita, en que el enfermo intervenido primeramente por hidronefrosis, mediante una operación conservadora, perdió posteriormente el otro riñón a consecuencia de un traumatismo, pudiendo conservar la vida gracias a la primera intervención conservadora.

Dr. KEYES (Nueva York). Insiste en la necesidad de rea-

lizar un tratamiento muy precoz que es el que ofrece mayores garantías de éxito, y cita en apoyo de su aserto algunas historias clínicas.

Dr. MARIÓN (París). Cree que el mejor tratamiento de la hidronefrosis, fuera de los casos en que es imposible la conservación del riñón, por su gran dilatación, es la nefropexia muy alta, siendo esta última condición la que garantiza el éxito de la intervención.

Dr. CHEVASSU (París). Encomia la pielografía retrógrada como procedimiento de diagnóstico de las hidronefrosis, que viene utilizando desde hace dos años y de las que muestra una numerosa colección.

Dr. PASCUAL (Madrid). Cree que se ha de considerar la hidronefrosis como un síndrome urinario que puede ir ligado a muy diferentes afecciones. Sus conclusiones respecto a la patogenia coinciden con las ideas de LEGUEU. Para el diagnóstico ha de considerarse como un procedimiento de gran valor el de la pielografía endovenosa. Se muestra partidario de las operaciones conservadoras y de la fijación alta.

Dr. PASTEAU (París). Establece la distinción entre hidronefrosis permanentes y pasajeras. En la micción piélica se han de considerar las vías de excreción (uréter y vejiga) que retienen la orina; la pelvis renal que la expulsa. El desequilibrio entre estos factores explica la causa de la hidronefrosis. En el tratamiento se requiere haber establecido un buen diagnóstico de existencia, de persistencia, de variaciones y de etiología. Muchas veces no se aclaran estos extremos sino en el mismo acto operatorio.

Dr. BEER (Nueva York). Como causas de hidronefrosis, según su experiencia, se presentan las siguientes, en orden relativo de frecuencia: Acodadura ureteral por ptosis, compresión ureteral por vasos anormales, angulación fija por adherencias. Obstrucción ureteral por un pequeño vólvulo congénito, obstrucción por un estrechamiento congénito al nivel de la unión piel ureteral. Como tratamiento, aconseja las siguientes operaciones conservadoras: las pieloplastias, la sección de vasos anormales, y la reimplantación ureteral.

Dr. CIFUENTES (Madrid). Considera que en las hidronefrosis las causas más interesantes son: la compresión por bridas vasculares (que él ha tenido ocasión de comprobar), la ptosis renal en su tercer grado únicamente, los trastornos de motilidad sin obstáculo mecánico. En el tratamiento aconseja la fijación alta, según MARIÓN y concede un valor muy escaso a las operaciones conservadoras llamadas plásticas.

Dr. GUIZY (Atenas). Llama la atención sobre una forma de uronefrosis (mejor denominada uropielosis), pasajera, aséptica, que aparece en el curso de una crisis nerviosa y que dura de seis a dieciséis horas. En esta uropielosis el riñón es normal, no desplazado, y la orina no presenta ninguna anomalía. Se presenta por acción espasmódica refleja, sobre todo en mujeres histéricas, y va acompañada de un síndrome doloroso renal que recuerda algo el del cólico nefrítico.

Dr. ALESSANDRI (Roma). En el diagnóstico cree que la radiografía mediante la introducción de una substancia opaca por vía ureteral falsea los resultados. El procedimiento de la urografía endovenosa es desde luego mucho mejor, pero hay que tener en cuenta que la substancia inyectada provoca una poliuria capaz de modificar también los resultados. Entre las causas de hidronefrosis ha podido comprobar la existencia de vasos renales aberrantes; en el tratamiento de estos casos la nefropexia, si no va acompañada de la sección del vaso, no basta.

Dr. MICHON (París). Cree que el conocimiento de las causas dinámicas y la aplicación de la pielografía intravenosa permitirán curar mejor las hidronefrosis dolorosas cuya causa tan frecuentemente se nos escapa. En el tratamiento cree que se debe recurrir a la nefropexia, a la supresión de la causa cuando nos es conocida y a las operaciones plásticas. La nefrectomía se reservará para casos muy raros de grandes hidronefrosis.

Dr. BRUNI (Nápoles). Expone sus estadísticas operatorias.

Dr. WILDBOLZ (Berna). Cree que no deben desdeñarse las causas mecánicas de la hidronefrosis, cuya existencia es indudable. En el tratamiento se muestra partidario de las ope-

raciones plásticas ureterales, cuyos buenos resultados ensalza.

Dr. MARINESCO (Bucarest). Expone sus estadísticas personales. En la mayoría de los casos la patogenia es de orden puramente mecánico. En el tratamiento se muestra partidario de los métodos conservadores cuando el otro riñón no se encuentra en condiciones de suplir al enfermo. En los casos en que el otro riñón se encuentra en buenas condiciones y en el riñón hay lesiones del parénquima, practica siempre la nefrectomía.

Dr. RAVASINI (Trieste). Cuando se emplea el uroselectan como producto de diagnóstico pielográfico de las hidronefrosis, la intensidad de las imágenes obtenidas no depende de la importancia de las lesiones sino del grado de éxtasis de la orina. Existen riñones que dan una imagen radiográfica muy clara por existir éxtasis pasajeros (obstrucción por cál-

culo-ureteral. En las grandes bolsas hidronefróticas se encuentra muchas veces la abertura ureteral muy alta, no por inserción viciosa, sino por dilatación exclusiva de la hemipelvis inferior, con integridad casi absoluta de la hemipelvis superior, lo cual demuestra palpablemente que la presión que representa el aumento de tensión y que debería ejercerse por igual en todos sentidos, no puede ser la causa única, y que otro factor, quizá neurotrófico, interviene en la producción de este fenómeno. En el aspecto fisiopatológico se puede observar que los retardos en el vaciamiento se encuentran influidos por la diferente concentración molecular de los líquidos que se han de eliminar y por la posibilidad de que la inyección de líquidos opacos produzca la aparición de reflejos que alteren los resultados; en este sentido el empleo del uroselectan resulta muy beneficioso. En cuanto al tratamiento de la hidronefrosis lo mejor es la fijación muy alta del riñón;



Congreso de Urología. Sección española.
De izquierda a derecha:
De pie: Dres. Covisa, Pichelo, Serrallach, Miraved, Parés, Lucena y Cifuentes.
Sentados: Dres. Pascual, Mestre, Peña, Barragán y Company.

culos) y riñones con lesiones avanzadas que no aparecen sobre la placa si el tránsito de la orina no está alterado. Aún el riñón normal puede dar imágenes radiográficas como sucede en el embarazo, a partir del quinto mes y también mediante la compresión experimental del uréter. En la pelvis y uréteres al estancarse la orina se acumula más cantidad de uroselectan, tarda más en eliminarse y la imagen se hace más evidente. En riñones afectados de enfermedades graves con escaso poder de eliminación y concentración, pero sin éxtasis urinario, la imagen pelviureteral puede no aparecer, mientras que la sombra renal es más manifiesta por estar el riñón embebido de uroselectan, que tarda mucho en eliminarse.

Dr. REJSEK (Praga). Concede la mayor importancia al origen dinámico de la uronefrosis, creyendo que el sistema muscular del aparato excretor renal funciona con entera independencia del sistema nervioso. Los obstáculos nunca provocan una obstrucción completa y permanente y únicamente obran por acción irritativa que provoca el trastorno dinámico. Otro factor determinante, de capital importancia, es el elemento toxinfecioso.

Dr. PARÉS (Barcelona). Cree que el aumento de tensión intrapieloureteral no puede determinar por sí solo la producción de la hidronefrosis. Tampoco las alteraciones dinámicas del músculo pieloureteral pueden constituir por sí solas la causa eficiente de las hidronefrosis. El autor concede la mayor importancia a las alteraciones histológicas de la pared

de las demás operaciones no dan resultados, siendo la menos eficaz la plegadura de la bolsa pélvica.

Dr. SERRALLACH (Barcelona). Considera de primordial importancia las alteraciones de la dinámica pelviureteral que pueden consistir en hipertonia o hipotonia. La hipertonia se manifiesta al nivel del sitio donde radica la espina irritativa (cálculo, brida, vaso anormal) o bien en otro lugar del aparato urinario del mismo lado o aún en el lado opuesto. De la hipotonia depende la dilatación sin obstáculo mecánico, siendo ésta la causa de esas hidronefrosis, con uréteres tortuosos y alargados, que originan a veces hasta incontinencia de orina cuando la atonía llega a propagarse hasta el esfínter vesical. En el tratamiento lo mejor es la nefropexia alta y la extirpación de la causa de irritación. A veces la sonda permanente procura gran alivio por la razón de que deja retraer la bolsa hidronefrótica.

Dr. HOGGE (Lieja). La exploración mediante el uroselectan no ocasiona accidentes de importancia. Sus ventajas estriban en la supresión del cateterismo ureteral, en que es aplicable en los niños o cuando el cateterismo es imposible, y en que la visibilidad es suficiente en la radiografía, aunque no pueda ser bastante para la pieloscopia. Respecto a los datos sobre el valor funcional de los riñones puede dar este procedimiento, cree el autor que son marcadamente insuficientes.

Dr. PAPIN (París). Considera que en la etiología de la hidronefrosis hay que tener en cuenta muy diversas causas:

en primer término las congénitas, dependiendo de alteraciones de conformación, además las mecánicas y en último término las dinámicas. No admite la noción de hidronefrosis que no vaya acompañada de dilatación de las vías de excreción urinaria. Hace notar la influencia del sexo y la producción en las embarazadas de hidronefrosis con dilataciones ureterales enormes que—hecho importantísimo—, después de cesado el embarazo, vuelven a la normalidad. En este hecho es donde está la clave del estudio de las hidronefrosis, en la distinción de las lesiones temporales y de las definitivas. Respecto al tratamiento, cree que se ha de ser muy cauto en la práctica de la nefrectomía, teniendo en cuenta que muchas veces las lesiones son bilaterales, que posteriormente puede enfermar el otro riñón y que la capacidad funcional de éste es en muchas ocasiones, muy deficiente. Entre las operaciones conservadoras se han de preferir las que supri-

se en la recientemente emitida, nos informa respecto a las condiciones que ésta puede presentar para el sostenimiento de la infección, así como sobre los resultados obtenidos con el empleo de medicaciones destinadas a acidificar la orina, condición indispensable para que obren debidamente algunos antisépticos.

La acción bactericida *in vitro* de los antisépticos resulta muy disminuída cuando se emplean *in vivo*, por lo que se ha de creer que muchos de ellos obran más bien exaltando las defensas orgánicas.

Los antiguos medicamentos (salol, urotropina, balsámicos, etcétera) continúan empleándose como se venía haciendo; los arsenobenzoles ocupan una plaza de primer orden en el tratamiento de las infecciones estafilocóccicas; el mercurocromo es un antiséptico enérgico pero no exento de peligros, en cuyo manejo se ha de tener gran cautela; el pyridium resulta muy



Congreso de Urología
Grupo de congresistas asistentes a la recepción en el Senado

men la causa. El gran problema de las hidronefrosis es de todos modos el distinguir lo transitorio de lo definitivo.

Segunda ponencia: LOS ANTISEPTICOS URINARIOS.

Ponentes: Drs. JAEGGY (Lausanne) y PULIDO (Madrid).

Aparece la cuestión de antisépticos urinarios como una de las más pobres en literatura en estos últimos años, prueba de que en ella no se han producido grandes modificaciones ni adelantos. El problema de la antiseptia urinaria es arduo y ha de resolverse en muchas ocasiones por el tratamiento de un foco de infección primario, muchas veces extraordinario. Lo primero y más importante es fijar las indicaciones en las que debe emplearse la antiseptia urinaria y aquellos otros casos en los que no está indicada.

Excluye JAEGGY en absoluto del tratamiento antiséptico, todos los procesos en los que hay éxtasis urinario y en los que la primera indicación a cumplir es el restablecimiento del libre curso de la orina.

El análisis de la orina químico y bacteriológico es necesario en todos los casos, así como la comprobación del pH urinario; esta determinación puede hacerse muy fácilmente mediante el empleo de tres indicadores solamente: la fenoltaleína, el rojo neutro y el anaranjado de metilo, que nos permiten explorar el pH entre los límites de 4 y 10. La determinación de la reacción actual de la orina, que ha de hacer-

útil en las cistitis gonocócicas, sobre todo por sus propiedades calmantes. En resumen: lo importante entre los antisépticos es emplearlos oportunamente.

Insiste PULIDO sobre el débil valor que en general debe darse a la acción bactericida de los antisépticos y pasa a hacer un ligero estudio de ellos, dividiéndolos en antisépticos de acción local, antisépticos que se administran por vía bucal, y antisépticos que obran por vía paraentel. Entre los de acción local cita las sales de plata, la tripaflavina y gonacrina, empleadas tópicamente, y el rivanol, del que dice tiene buena experiencia clínica en el tratamiento de las cistitis tuberculosas. Entre los antisépticos que se administran por vía bucal cita los balsámicos, el salol y la urotropina, que requiere para obrar una orina ácida. Señala la importancia de la acidez y alcalinidad de las orinas y como la acidificación de las orinas practicada simétricamente en sus operados le proporciona magníficos resultados para prevenir los fenómenos supuratorios. En cambio, la alcalinización de las orinas influye muy favorablemente en el tratamiento de las afecciones colibacilares puras y en la sedación de los fenómenos dolorosos en las cistitis tuberculosas. De los antisépticos que obran por vía paraentel cita el mercurocromo, que le parece peligroso administrado en dosis elevadas, y los arsenicales en el tratamiento de las infecciones estafilocóccicas, en las que dan magníficos resultados.

En conclusión, cree que el tratamiento de las infecciones urinarias debe basarse: 1.º En el restablecimiento del libre curso de la orina; 2.º En la extirpación del foco enfermo;

3.º En la exaltación de las defensas naturales; y 4.º En la administración de los antisépticos.

DISCUSIÓN

Dr. YOUNG (Baltimore). Cita la acción favorable de los arsenobenzoles en las infecciones estafilocócicas. Expone después los efectos del mercurocromo en términos entusiásticos, mostrando gráficas de su poder bactericida, mucho mayor que el de los otros antisépticos, y de sus efectos clínicos, inmejorables no sólo en afecciones urinarias, sino en otras muy diversas de orden médico. Las dosis por él administradas son altas, hasta de 7.5 miligramos por kg. (30 a 50 c. c. de la sol al 1 por 100).

Dr. HOGGE (Lieja). Asocia los balsámicos a la urotropina, asociación que denomina urobalsámica, y restringe las bebidas durante su empleo para favorecer la concentración urinaria. En las cistitis con intensos fenómenos dolorosos emplea los alcalinos, asociados si es preciso a la medicación opiada. La medicación urobalsámica le ha dado muy buenos resultados en las afecciones gonocócicas y supuratorias.

Dr. COMPAÑ (Barcelona). Dice haber obtenido buenos efectos del mercurocromo administrado por vía intravenosa, pues localmente no ofrece ninguna ventaja sobre los otros antisépticos. Recomienda el empleo de las dosis pequeñas, no pasando de 30 miligramos. Para evitar accidentes considera de la mayor importancia hacer la disolución del medicamento en el mismo momento de su empleo.

Dr. LASIO (Milán). Estudia la acción antiséptica de la urotropina, que para manifestarse requiere un medio ácido, de manera que en medio alcalino su acción antiséptica es nula. Como en los medios ácidos se desdobra, su administración por vía gástrica es muy inferior en efectos a la administración endovenosa. Cuando la administración intravenosa no sea posible, puede recurrirse con ventaja a la vía rectal administrando enemas hasta de 8 gramos de urotropina con algunas gotas de laudano; la tolerancia es perfecta y sus efectos, ligeramente inferiores a los de la administración intravenosa, son mucho mejores que administrándola por vía oral. El rivanol tiene una acción antiséptica inferior a la de la urotropina y aún es menos marcada la de los compuestos de plata coloidal. En cuanto al mercurocromo es un antiséptico eficaz pero peligroso. Las dosis de 3 miligramos por kg. de peso que recomiendan algunos autores, hemos visto que producen accidentes graves y aún casos de muerte; por eso no debe pasarse de los diez miligramos como dosis máxima diaria. Con esta última dosis se obtienen resultados excelentes.

Dr. STROMINGER (Bucarest). Encomia la eficacia del neosalvarsán en las infecciones estafilocócicas, en las que quizá obre provocando la formación de anticuerpos. Iguales buenos resultados ha obtenido con el sulfarsenol.

Dr. TRIEF (Bucarest). Indica la acción agravante del elemento congestivo sobre los procesos infecciosos urinarios. Esto le hace desechar todos los antisépticos de acción vasodilatadora y a asociar a la medicación antiséptica la vasoconstrictora. También cree beneficiosa la asociación de antipiréticos a los antisépticos, siempre que no haya contraindicación para su empleo.

Dr. PARÉS (Barcelona). Considera la antiseptia urinaria como un aspecto particular de la antiseptia en general. Considera que el poder antiséptico resulta muy debilitado en el organismo vivo. Prefiere emplear mejor que la urotropina, sus derivados con asociación de otro medicamento (cilotropina); cree poco eficaces los derivados de la acridina y estima que el mercurocromo es aconsejable, pero peligroso si se emplea a dosis altas. En el tratamiento de las infecciones se ha de tender más bien a buscar el aumento de las defensas orgánicas que a procurar una acción antiséptica.

Dr. SERRALLACH (Barcelona). El concepto de la antiseptia urinaria debe estar regido por tres principios fundamentales: 1.º Respetar las defensas orgánicas; 2.º Facilitar el drenaje y luchar contra la estancación urinaria; 3.º Hacer un buen uso de los antisépticos, procurando no ejerzan una

acción perjudicial por disminuir las defensas del organismo. Hace resaltar la eficacia de la administración simultánea, de gonacrina al interior y aplicación local de sales de plata; con este procedimiento se obtienen rápidas curaciones en las gonococias agudas. En los procesos gonocócicos crónicos se obtienen también magníficos resultados con la piroterapia practicada mediante la vacuna con b. de Ducrey; cuanto más grande es la reacción febril, mejores son los efectos.

Dr. ALCINA (Cádiz). Se muestra poco partidario del empleo de antisépticos, prefiriendo utilizar los medios que tienden a fomentar las defensas orgánicas.

Dr. DOS SANTOS (Lisboa). Cree que la flavina y el mercurocromo son buenos antisépticos, especialmente este último, pero a condición de emplearle a dosis muy elevadas, casi tóxicas. Encomia las ventajas que proporciona el empleo de la vía intraarterial mucho más eficaz en su concepto y que permite reducir las dosis de medicamento.

Tercera ponencia: LA INFECCIÓN COLIBACILAR DEL APARATO URINARIO.

Ponentes: Drs. Spyridion ECONOMOS (Atenas) y E. PEREARNAU (Barcelona).

Comienza el profesor ECONOMOS haciendo resaltar la extrema frecuencia de las infecciones colibacilares. El colibacilo es un microbio polimorfo que tiene varias razas y que es un saprofito habitual del tubo digestivo. En determinadas condiciones (éxtasis fecal sobre todo), el microbio es capaz de atravesar la pared intestinal, previamente alterada por sus toxinas, y pasar a la sangre determinando una verdadera septicemia, que posteriormente se localiza invadiendo cualquier porción del aparato urinario. Para que se produzca la localización urinaria es preciso que exista estancación de orina, aun cuando sea en grado mínimo. El colibacilo puede seguir la vía hematogena en dos etapas a partir del intestino: una primera etapa linfática y otra hemática. La infección colibacilar del aparato urinario determina formas clínicas múltiples: nefritis, pielonefritis, piónefrosis, abscesos corticales del riñón, flemones perirrenales, cistitis, pericistitis, uretritis, periuretritis, prostatitis, etc. El diagnóstico, aparte de la cuidadosa observación de la sintomatología clínica, se ha de basar en el examen bacteriológico de la orina, de la sangre y de las secreciones patológicas. La exploración del aparato digestivo es indispensable para descubrir y tratar el foco digestivo. El tratamiento de las infecciones colibacilares debe dirigirse en primer lugar a combatir el éxtasis urinario. Cuando la estancación urinaria no es evidente procuraremos: 1.º Un tratamiento intestinal (dieta, nujol, etcétera); 2.º Un tratamiento urinario (dieta, salol, colargol per os, etc.); 3.º Un tratamiento antiinfeccioso, mediante el suero anticolibacilar de Vincent.

Comienza el doctor PEREARNAU por indicar que se ocupará solamente de las infecciones urinarias colibacilares producidas primitivamente, o sea de las que tienen lugar estando el aparato urinario indemne clínicamente de toda otra infección o lesión. El colibacilo fué estudiado por una serie de autores que le consideraron como germen diferente unos de otros; así EMMERICH que le aísla el primero de las deposiciones de los coléricos, le considera como germen productor del cólera; CLADÓ le apellida bacteria séptica de la orina; ALBARRÁN y HALLE bacteria piógena; todos estos gérmenes son identificados posteriormente como uno solo: el colibacilo. Ofrece el colibacilo un polimorfismo grande, existiendo bacilos cortos, semejantes a cocos; y bacilos alargados, y además, variedades de paracolibacilo que son muy semejantes a él. FISCH ha demostrado que las diversas formas del colibacilo dependen en último término de la forma de reproducirse el microbio, variable según las condiciones del medio y el momento en que se verifica la observación, así es que si en la orina se dejan pasar 36 horas desde su emisión hasta su examen, nos encontramos con una flora microbiana polimorfa y al parecer constituida por gérmenes muy variados. De este trabajo se deduce: 1.º Que el examen bacteriológico

debe hacerse en la orina recientemente emitida; 2.º Que en las orinas procedentes de vejigas retencionistas con infección colibacilar se encuentran formas muy diversas de *b. coli*; 3.º Que esta diversidad de formas puede hacer creer en una infección polimicrobiana y hasta en la no existencia del colibacilo. Estas conclusiones han sido comprobadas por el autor (en colaboración con el doctor SERRA). De todo ello se deduce que no sólo son colibacilares las observaciones dudosas, sino también muchas otras en que no ha sido sospechado el origen colibacilar. En lo que respecta al terreno, puede afirmarse que ninguna porción del aparato urinario presenta especial resistencia a la infección colibacilar, aunque sean más frecuentes las localizaciones vésico-urétero-renales que las de las vías de excreción bajas. El factor mecánico domina en la producción de estas infecciones de tal manera, que siempre van ligadas a una dificultad en el tránsito urinario; esto se observa hasta en el terreno microscópico, puesto que el glomérulo renal, que por sí solo ya representa una barrera en que han de detenerse los colibacilos, facilita por este hecho su pululación. La penetración del colibacilo en el aparato urinario puede hacerse por vía directa (propagación de un foco infeccioso vecino, intestinal o genital); lo cual es muy excepcional; puede también seguir la vía ascendente exógena, mecanismo tampoco muy frecuente y en el que habría de darse gran importancia a la propagación linfática; y por último, y este es el mecanismo más frecuente, la colibacilosis se instaura por vía descendente o hematógena, procedente constantemente de un foco intestinal, salvo rarísimas excepciones. Las lesiones intestinales que originan con más frecuencia la invasión hemática por el colibacilo son: las ptosis cecales, las estrecheces, los acodamientos y el vólvulus; es capital la observación de que las lesiones causales intestinales, se localizan casi exclusivamente en la mitad derecha del intestino grueso, y de ella en el segmento inicial del colon; por el contrario, lesiones mecánicas muy acentuadas de la mitad izquierda del colon pueden existir sin determinar trastornos urinarios. A parte de estos trastornos mecánicos intestinales, son también origen de septicemia colibacilar ciertos trastornos secretorios, así como las enteritis infecciosas y la apendicitis. En la fase sanguínea de la infección colibacilar se ha de señalar la extremada frecuencia con que el hemocultivo se muestra negativo debido a que las condiciones del medio sanguíneo impiden al germen proliferar y reproducirse aún cuando le permitan conservar su vitalidad. En la fase urinaria ya hemos visto la importancia capital de la integridad mecánica o no del transcurso urinario. Las formas de la infección son muy variadas clínicamente, pudiéndose verse formas septicémicas agudas y formas crónicas localizadas en cualquiera de los segmentos urinarios; por la evolución de los síntomas pueden observarse todos los estados de agudeza y cronicidad; el predominio de un síntoma puede caracterizar ciertas formas (formas hemorrágicas, formas pútridas); por último la edad y el sexo modifican también el aspecto clínico y el pronóstico de la afección. El diagnóstico de la afección se basa sobre todo en el examen bacteriológico de la orina, teniendo en cuenta todas las particularidades que con respecto al colibacilo hemos señalado. El pronóstico es en general benigno bajo el punto de vista vital, pero estas infecciones son frecuentemente desesperantes por su persistencia y cronicidad; naturalmente, el pronóstico puede resultar agravado por las complicaciones quirúrgicas de la infección. El tratamiento es muy variado y complejo dada la gran cantidad de formas que pueden observarse. Esquemáticamente puede sintetizarse así: 1.º Reposo en cama; 2.º Dieta líquida o semilíquida; 3.º Administración de antisépticos (urotropina per os sobre todo); 4.º Vigilancia de las funciones intestinales, proscribiendo los purgantes fuertes; 5.º Tratamiento de las lesiones urinarias concomitantes que puedan existir; cuando en las vías urinarias no hay ningún obstáculo la colibacilosis cura en general sin necesidad de ningún tratamiento urinario. Fracasadas todas estas medidas es cuando debemos dirigirnos a las medicaciones biológicas entre las que puede emplearse la seroterapia, la autovacunoterapia (preferible a las stock-vacunas), y sobre todo, y como más eficaces, las vacunas colibacilares a la sosa de MAUTÉ, que obran más bien como medios quimioterápicos.

DISCUSIÓN

Dr. SMETH (Bruselas). Insiste sobre el tratamiento de las infecciones colibacilares creyendo que ha de consistir en combatir el éxtasis intestinal y urinario y en la administración de vacuna per os o del bacteriófago de HERELLE, del cual tiene un buen concepto.

Dr. YOUNG (Baltimore). Cita sus estadísticas bacteriológicas. Los gérmenes encontrados en las orinas infectadas son los siguientes, por orden de frecuencia: el *b. coli* común, el *lactis aerogenes*, *proteus*, *estafilococo*, *estreptococo*, bacilos del grupo tífico. Dentro del género *coli* encuentra en un 67 por ciento de los casos el *b. coli* encapsulatus, en un 22 por ciento el *B. coli* hemolítico. En cuanto al tratamiento, definiendo calurosamente el empleo del mercurocromo, de cuyos efectos muestra historias clínicas. Considera particularmente eficaz simultanear las aplicaciones locales con la administración general endovenosa.

Dr. BOECKEL (Estrasburgo). Estima que la terapéutica debe consistir en combatir el éxtasis intestinal y urinario; en la antisepsia de ambos aparatos; y en la utilización de los medios biológicos, entre los que estima al bacteriófago como uno de los más eficaces.

Dr. LÉPOUTRE (Lille). Señala los casos relativamente frecuentes de psicosis colibacilares. En el capítulo del tratamiento encomia los buenos efectos obtenidos con las aguas minerales (Evian, Contrexville).

Dr. PERRUCCI (Bologna). Recomienda el empleo de la autovacunoterapia per os según el método de Besredka, la cual proporciona grandes éxitos, y debe administrarse precozmente. Como medio profiláctico, es igualmente muy útil antes de las exploraciones e intervenciones en el aparato urinario.

Dr. LEGUEU (París). La colibacilosis reconoce un origen intestinal. El *B. coli* pasa del intestino a la sangre, que actúa sobre él como solución antiséptica, impidiendo su cultivo y disminuyendo su vitalidad. Al eliminarse por el aparato urinario si está completamente sano éste, no causará ningún trastorno. Para que el colibacilo produzca trastornos urinarios es preciso que encuentre ya establecidas ciertas lesiones: traumatismos histológicos renales que a veces se revelan únicamente por hematurias microscópicas. Para que la infección persista se hacen precisas condiciones de fijación del germen que consisten esencialmente en trastornos dinámicos de retención pielo-ureteral. En la terapéutica de las infecciones colibacilares se obtienen buenos resultados con la administración de muy diversas medicaciones, porque los brotes de infección tienen tendencia a curar fácilmente, aunque luego recidivan con una cronicidad desesperante: cada vez que el enemigo sale por la puerta, vuelve a entrar por la ventana. En el tratamiento señala los peligros de los lavados con soluciones de nitrato de plata proseguidos durante largo tiempo, porque pueden dar lugar a la formación de concreciones y cálculos. Lo importante es repetir y agotar las exploraciones hasta encontrar las causas que entretienen la infección.

Dr. PASTEAU (París). Cree que el tratamiento debe dirigirse al intestino, pero modificando previamente las condiciones de retención vesical o pielo-ureteral. En este sentido y en multitud de casos la nefropexia tiene un gran valor en el tratamiento de las infecciones colibacilares.

Dr. COMPAÑ (Barcelona). Señala el variado origen extraurinario de las infecciones colibacilares: Origen apendicular, colecístico, etc. En el tratamiento estima que lo más eficaz es la administración per os de antiviruses que le han proporcionado muy buenos resultados. Entre los antisépticos aconseja el empleo del mercurocromo a dosis débiles.

Dr. OREJA (San Sebastián). Trata de las pielonefritis colibacilares en los prostatectomizados, que se producen como complicación operatoria en la tercera semana que sigue a la intervención, o sea en el momento en que comienza a cerrarse la fístula hipogástrica. Como profilaxis aconseja combatir el éxtasis intestinal; y en cuanto al tratamiento, cree que debe dirigirse preferentemente a evitar la estancación urinaria, llegando si es preciso a la nefrectomía.

Dr. ALESSANDRI (Roma). Señala la frecuencia de asociaciones microbianas en las infecciones colibacilares en las cua-

les el *B. coli* obra muchas veces como virus de salida. En algunos casos ha encontrado el *B. coli* hemolítico.

Dr. LASIO (Milán). Cita sus estadísticas bacteriológicas, en las que encuentra el *B. coli* como único germen en la mayoría de procesos renales y asociado a otros y principalmente el estafilococo en los procesos infectivos colibacilares de vías urinarias bajas. En el tratamiento de las colibacilosis cree que aparte de los medios quirúrgicos que se requieran por la coexistencia de otras lesiones debe procederse de la siguiente manera: Colocación de una sonda permanente; administración de urotropina por vía intravenosa (hasta 6 y 8 gramos al día); administración de rivanol por vía intravenosa. Respecto a los métodos de inmunización activa o pasiva, los considera como de menor valor.

Dr. STROMINGER (Bucarest). Señala el hecho de que las uretritis crónicas colibacilares ofrecen a veces el mismo aspecto que las gonocócicas; admitiendo que lo mismo que estas últimas las uretritis colibacilares pueden adquirirse por contagio sexual. Cita las psicopatías de origen colibacilar como bastante frecuentes en el transcurso de las colibacilosis. La asociación de colibacilurias con procesos apendiculares también es frecuente. Por último, un problema de alguna importancia es el de si se debe desaconsejar el matrimonio en muchachas colibacilúricas que pueden ver agravada su afección por el efecto de la gestación y parto.

Dr. RAVASINI (Trieste). Cita los casos de pequeños abscesos miliares y submiliares corticales interesando uno o los dos riñones. En tales casos, contrastando con los síntomas generales de la infección la orina es limpia, contiene muy escasos colibacilos y presenta las pruebas del funcionamiento renal normales por completo. Radiológicamente el borde del psoas se presenta borroso y este es un síntoma cuyo buen valor se ha podido comprobar por las intervenciones.

Dr. MINET (París). Expone los resultados que ha obtenido con el examen de los productos obtenidos por expresión digital en casos de próstatovesiculitis crónicas. En esta afección aún cuando el gonococo ocupe el principal lugar, hay una participación muy importante del colibacilo. En casos en que la próstatovesiculitis coexiste con una pielitis, puede suceder a veces que la flora microbiana no sea igual en ambos focos infecciosos.

Dr. ISELIN (París). Señala el importante papel que se ha de conceder al terreno en las infecciones colibacilares. Estas se producen por regla general en individuos debilitados, con defensas disminuidas. De aquí la necesidad de atender en el tratamiento a levantar las defensas orgánicas.

Dr. PARÉS (Barcelona). Cita la frecuencia con que se observan las infecciones colibacilares en la práctica cotidiana. La vía de infección puede ser ascendente o descendente; ésta es la más general, procediendo en la mayoría de los casos el colibacilo de un foco intestinal o hepático. La infección colibacilar origina cuadros clínicos muy diversos desde los más banales hasta los que presentan la sintomatología de una grave enfermedad. El diagnóstico ha de reposar siempre en el examen de la orina, aunque la sola presencia del colibacilo en la orina no tenga un valor absoluto, pues existen muchas veces colibacilurias sin lesiones urinarias. En el tratamiento de estos procesos se deben agotar todos los medios farmacológicos y biológicos antes de llegar a las intervenciones quirúrgicas. En el tratamiento del foco primitivo intestinal da buen resultado la modificación del régimen alimenticio, suprimiendo la alimentación proteica y administrando hidratos de carbono.

Dr. SERRALLACH (Barcelona). Expone sus dudas acerca de que cuadros clínicos tan diferentes como los que se observan habitualmente en las infecciones urinarias colibacilares, puedan ser producidos siempre por un germen idéntico. Si se admite la identidad constante del germen, debe establecerse una separación entre las colibacilurias sin reacción funcional ni lesión del aparato urinario (colibacilurias sin pus), y las

colibacilurias con lesiones urinarias. Entre las primeras pueden observarse todas las gradaciones; desde la presencia de algunos gérmenes solamente, hasta la transformación de la orina en un verdadero caldo de cultivo; en este último caso es verdaderamente extraño que los riñones dejen pasar tan gran acúmulo de gérmenes sin que se produzca en ellos una nefritis; por ello nos inclinamos a creer que en estos casos forzosamente han de existir lesiones o anomalías del aparato urinario.

Dr. RICO (Bogotá). En el tratamiento de las colibacilosis urinarias recomienda: 1.º En las de origen gravídico el desagüe y los lavados con nitrato de plata; 2.º En las pielonefritis infantiles agudas, las autovacunas en inyecciones bi-semanales; 3.º En las pielonefritis crónicas, las autovacunas combinadas con el lavado de la pelvis.

Dr. CHAVANIER (París). Trata del papel del terreno en el desarrollo de las colibacilurias. En la mayoría de los enfermos observados existen modificaciones clínicas y humorales importantes. Entre estas condiciones abonadas para los procesos colibacilares se ha de señalar en primer término, la alcalinidad urinaria y el estado oxalémico con eliminación urinaria de partículas cristalinas de oxalato que producen lesiones microscópicas, facilitando la infección. Estas observaciones son dignas de tenerse en cuenta para explicarnos las recidivas de ciertas colibacilurias y aplicarlas el tratamiento adecuado.

Dr. BEER (Nueva York). Señala la existencia al lado de las colibacilosis, de infecciones causadas por el bacilo de FRIEDLANDER y por el proteus. A todas estas infecciones predispone la estancación urinaria y los obstáculos mecánicos. En la mayoría de las pielitis coexisten infecciones del parénquima renal, como lo prueba el hecho de la eliminación de los colorantes de prueba semanas y meses después de su administración, debido a que las lesiones fijan el colorante y sólo muy posteriormente lo van eliminando.

Dr. D'HAENENS (Bruselas). Se muestra poco partidario de los medios biológicos, que en general no le han dado resultados satisfactorios. En cambio le parece de la mayor utilidad el tratamiento hidromineral. La pauta del tratamiento no se puede hacer de un modo general. En los casos graves en los que puede instaurarse la acidosis, es de recomendar el tratamiento alcalino y la administración de gran cantidad de líquido que favorezca la diuresis. Pasado el período agudo y obtenida la sedación de los síntomas es el momento de administrar antisépticos urinarios, entre los que estima particularmente eficaces el salol y la urotropina, sin preocuparse para administrar esta última de la acidez o alcalinidad de la orina que en opinión del autor no ejerce ninguna acción.

Dr. LUCENA (Barcelona). Estima que el examen microscópico de la orina es de la mayor importancia para el diagnóstico de estas infecciones, pues permite reconocer las asociaciones microbianas; entre éstas pueden presentarse dos casos: que el colibacilo sea primitivo, apareciendo después los gérmenes asociados, o que sea el *B. coli* el que posteriormente venga a complicar una infección estrepto o estafilocócica, etc. De estas dos modalidades sólo la primera es la digna de tenerse en cuenta, bajo el punto de vista de las colibacilosis, puesto que la segunda no es más que una asociación del germen. La vía de infección es casi constantemente descendente, y sólo por excepción puede ser ascendente. La colibacilosis es mucho más frecuente en los niños, de lo que hasta ahora se venía creyendo. En el tratamiento, la terapéutica antiséptica da resultados mediocres en muchas ocasiones, por la falta de un antiséptico verdaderamente eficaz. En cuanto a la vacuoterapia local es inferior a la vacunación general por vía venosa. El bacteriófago por vía bucal da también buenos resultados, no siendo preciso emplear un autobacteriófago, sino que puede ser perfectamente suficiente el procedente de stoks de un gran número de razas.

R. IBAROLA