

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RENAL (*)

por el doctor

MARIO DONATI

Profesor de Patología quirúrgica de la facultad de Medicina de Turín

Con todo el corazón doy las gracias a mi colega, el Dr. M. CORACHÁN, presidente de la Sociedad de Cirugía de Barcelona, por la invitación de dar una conferencia en esta antigua e ilustre ciudad, a la que honran médicos y cirujanos insignes, primeras figuras en la ciencia y en la práctica de nuestro divino arte. Le doy las gracias por la prueba de gran afecto y amistad que ha querido darme y por el insigne honor que tengo de poder hablar aquí, como huésped de la Real Academia de Medicina, a cuyas magníficas tradiciones me enorgullezco de poder rendir homenaje.

Asimismo doy las gracias a mi amigo el profesor TRIAS PUJOL por la hospitalidad que me brindó en su clínica, y al presidente de la Academia, el profesor Augusto PI SUÑER, quien me permitió hablar en este hermoso local.

Y ruego me permitan dirigir ahora también un saludo y exteriorizar mis sentimientos de agradecimiento a todos los hombres de ciencia, mis amables auditores, envolviendo al propio tiempo vuestro país en un respetuoso homenaje, país éste al que la ciencia debe tanto en el pasado como en el presente.

Trataré, pues, de la tuberculosis renal, no con el ánimo de decir cosas que ustedes ignoren, sino por parecerme que el asunto tiene gran importancia para los médicos y cirujanos. Bien sé que algunas cuestiones fundamentales en la patología de la tuberculosis renal son, hoy en día, todo menos que bien definidas, y ustedes me perdonarán si me permito tratarlas ante ustedes: como el problema de las relaciones entre la tuberculosis renal y de los demás órganos, especialmente la tuberculosis pulmonar y la genital. Según LASIO, en el 10 por ciento de los casos de tuberculosis pulmonar hay tuberculosis urogenital; mientras que el 40-80 por ciento de los casos, según varias estadísticas, la tuberculosis renal acompaña a lesiones descuidadas o actuales de los pulmones o de otras vísceras.

El problema, pues, verdaderamente fundamental, es: ¿podemos decir que el riñón, o mejor dicho, los riñones, son capaces de dejar pasar, o si se puede decir así, de filtrar los bacilos de la tuberculosis sin sufrir daño a causa de ello? En otros términos: ¿cómo debemos juzgar en la práctica una baciluria tuberculosa?

Si es verdad lo que muchos creen, o sea, que no existe una baciluria excretora, sino que siempre, cuando el bacilo de la tuberculosis se encuentra en la orina, es porque debe existir una lesión del riñón, ustedes comprenderán la enorme importancia de este hecho.

Ahora bien. ¿Qué es lo que nos enseña la práctica? Ella nos dice que si examinamos sistemáticamente la orina de individuos que padecen de tuberculosis pulmonar, sea ésta ósteoarticular o de otro sitio, hallaremos en un tanto por ciento de casos, especialmente en los afectos de tuberculosis pulmonar es notable (14-35 por ciento según HARRIS), que el bacilo de KOCH se encuentra en la orina. Pues bien: ¿están todos estos individuos atacados de tuberculosis renal como algunos admiten? Y si es así, ¿en qué forma? Personalmente sostengo que no se puede negar la baciluria excretora y que se puede formar, mediante la observación metódica y repetida, criterios para afirmar o negar su existencia en casos aislados.

Otra cuestión es la de la tuberculosis genital. Se ha discutido mucho si ésta, referente a la renal, es primaria o secundaria; creo que actualmente se puede decir que todo el mundo está de acuerdo en sostener que cuando existe un foco genital, el riñón está también siempre o casi siempre enfermo. Esto equivale a decir que no existiría una tuberculosis genital pura sin una tuberculosis renal; prácticamente, cuando encontremos tan sólo signos de tuberculosis renal, deberemos pensar en la existencia de una tuberculosis renal aunque no haya dado signos clínicos. En resumidas cuentas, la tuberculosis renal sería primaria con respecto a la genital.

No obstante, la tuberculosis genital puede evolucionar clínicamente como un foco primario referente a la localización renal; y esto, sea porque es así en la realidad (eventualidad más rara), sea porque, dato de valor clínico especial, la tuberculosis renal puede evolucionar en el silencio de los síntomas, y manifestarse tan sólo cuando se encuentra ya en un estado relativamente avanzado.

El bacilo de KOCH pasando a través del riñón (la tuberculosis renal es esencialmente hematogena) puede producir muy variadas lesiones. Cuando hacemos una distinción entre la tuberculosis quirúrgica y la tuberculosis médica de riñón, se entiende no solamente en el sentido clínico y terapéutico, sino también en el sentido anatómo-patológico.

(*) Conferencia dada en la Real Academia de Medicina de Barcelona por iniciativa de la Sociedad de Cirugía de Barcelona.

Cuando nos encontramos delante de una tuberculosis miliar, difusa, de una granulía renal, hablamos de una forma médica. Otras veces la reacción del riñón es simplemente inflamatoria; es decir, que se tiene la llamada nefritis tuberculosa, la cual fué definida como «tuberculosis sin tubérculos», y su resultado puede ser una nefrocirrosis (nefrocirrosis de ASCHOFF, kochbacilar de FEDOROFF). Son formas éstas que a veces evolucionan en un tipo hematúrico, de suerte que se diagnostican fácilmente entre las llamadas hematurias esenciales, mientras que es posible atribuirles sin duda alguna a la tuberculosis. En tal caso no se puede vencer siempre con medios médicos y solamente la ablación del riñón puede servir para curarla. De modo que aquí se pasa insensiblemente de la forma médica a la quirúrgica de la tuberculosis renal.

De estas formas de transición o mixtas se pasa a aquellas otras crónicas que con más propiedad merecen el apelativo de «quirúrgicas». Son éstas las en que existen tubérculos más o menos típicos, que se inician particularmente en la cortical (las localizaciones papilares son a lo más una instalación de bacilos excretados por los canalículos uriníferos), y evolucionan hacia la caseosis o la fibrosis.

Así, pues, distinguimos un tipo ulcerativo caseoso, un tipo nodular diseminado o circunscrito, un tipo fibroso o indurado. Se comprende que existan además formas en varios modos mixtas. La destrucción del riñón constituye los estadios finales, ya porque éste es la sede de extensas cavernas (la forma úlcero-caseosa se transforma insensiblemente en caseo-cavernosa), ya porque llega a ser pionefrítico, o porque se ha transformado en un saco cerrado lleno de substancia caseosa (riñón *mástic*). Afortunadamente la tuberculosis es durante largo tiempo unilateral, y por lo tanto curable, y esto tanto mejor cuanto más pronto la diagnosticamos. De aquí la importancia de un diagnóstico precoz. Bien es verdad que el foco puede permanecer «cerrado» durante algún tiempo, en cuyo caso las vías excretoras no eliminan los bacilos u otros productos patológicos, y entonces carecemos de signos clínicos comprobatorios.

Podemos sospechar muchas veces un principio de tuberculosis renal, y esto también por los datos indirectos. Nos ayuda, pues, el saber cuál es su frecuencia por lo que a la edad se refiere; el sexo no tiene importancia bajo este punto de vista, ya que se ha observado que la dolencia no prevalece en las mujeres más que en los hombres (en mi casuística 51 por ciento hombres, 49 por ciento mujeres). En cambio, mayor importancia tiene la edad, ya que las tuberculosis renales se observan con más frecuencia entre los 20 y 40 años. Esto quiere decir que la enfermedad es de la edad mediana, manifestándose con más frecuencia hacia los 30 años, más bien que en la edad juvenil o en la edad avanzada. Hay no obstante esta diferencia, a saber: que en la primera edad la tuberculosis renal tiene un

curso bastante rápido, mientras que en la edad avanzada suele tener una marcha más lenta y más benigna.

Tampoco en lo que se refiere a su localización en el riñón derecho o izquierdo hallamos en las diferentes estadísticas datos de importancia, ya que los dos riñones son atacados generalmente con igual intensidad; no obstante, hay algunas estadísticas que dan prevalencia al riñón derecho, mientras otras la conceden al izquierdo. En los casos que he observado, hay un porcentaje de 40 por ciento para el riñón derecho y de 30 por ciento para el riñón izquierdo, mientras que en el 30 por ciento restante la enfermedad es bilateral. La ligera prevalencia a cargo del riñón derecho se debe quizá a la frecuente ptosis del mismo, factor éste que podrá favorecer, debido a la retención temporal de la orina, la localización bacilar.

En cuanto a la bilateral, otros autores muestran datos estadísticos diferentes, pero el porcentaje es siempre notable; del 12 por ciento de WILDBOLZ, del 10 por ciento de ALESSANDRI, se pasa al 18 por ciento de LASIO, al 10-15 por ciento para los casos iniciales y al 40-50 por ciento para los casos avanzados de MARIÓN RAFIN.

Estas cifras tienen una gran importancia, porque dado lo que ya he afirmado, es decir, que la tuberculosis renal es durante largo tiempo unilateral, la relativa frecuencia de la bilateral en los casos que caen bajo nuestra observación demuestra la lentitud con la que ésta sobreviene.

En realidad, la localización tuberculosa es excepcionalmente contemporánea en los dos riñones; la regla general es que uno de los riñones enferma primero, y la notable diferencia de grado en las lesiones de ambos órganos es precisamente una prueba del hecho que las lesiones tuberculosas del riñón se mantienen durante largo tiempo unilaterales. Cuando después la enfermedad progresa sin que se intervenga en ella, entonces se cuando se alcanza la elevada cifra de 50 por ciento de bilateralidad, que atestigua el reconocimiento tardío.

Por esto debo insistir sobre este punto, que cuanto más pronto se haga el diagnóstico, tanto más probabilidad tenemos de reconocer lesiones todavía unilaterales, y por lo tanto, curables.

Anatómicamente tiene mucha importancia el hecho de que en un período más o menos precoz hay una inflamación secundaria específica, ya sea del uréter, ya sea de la vejiga. La inflamación vesical tiene gran importancia, porque de ella surgen con frecuencia los primeros síntomas clínicamente manifiestos: son éstos síntomas directos que proceden de la localización de la forma morbosa en la vejiga misma; más raramente son cistoespasmos reflejos. En la vejiga se observan o bien lesiones de cistitis sencilla, o bien granulaciones tuberculosas, o bien aun ulceraciones específicas con frecuencia múltiples, o vegetaciones pseudopapilomatosas, según el curso de la enfermedad y la intensidad del proceso.

Generalmente estas alteraciones evolucionan muy lentamente y pueden observarse en todos los estadios; además, es frecuente el poder comprobar que el riñón y el ureter están simultáneamente interesados. En el ureter hay infiltraciones macizas o en rosario de las paredes, ulceraciones de la mucosa, abscesos más o menos voluminosos que, abriéndose espontáneamente, dan lugar a veces a divertículos. Con frecuencia las paredes del ureter son gruesas, anelásticas, frías, y por lo tanto, fáciles de romper con la menor tracción.

Generalmente la afección no queda limitada a estos órganos, pero se extiende a los tejidos circundantes. Así con frecuencia participan en el proceso tuberculoso los tejidos perirrenales, bajo la forma de periuretritis fungosa, o de nodulos caseosos, o de abscesos frios, en el ambiente adiposo del riñón, o finalmente de esclerolipomatosis perirrenal. Análogamente se observan periureteritis y pericistitis.

La periuretritis adhesiva determina tales adherencias con el tejido, que resulta difícilísimo el poder aislar el ureter; en estos casos dichos tejidos pueden estar adosados casi al colon, al mesocolon, al mesociego, los cuales se adhieren a ellos y pueden ser a su vez secundariamente infiltrados. La tuberculosis renal se asocia con alguna frecuencia a otras lesiones. Por ejemplo, la calculosis renal, la cual figura en mi estadística en un 5-6 por ciento de los casos. La calculosis renal puede asociarse de diversos modos a la tuberculosis: pueden existir calculosis y tuberculosis del riñón en un mismo lado; o bien tuberculosis en un lado y calculosis en el lado opuesto; o bien aún, calculosis bilateral en la tuberculosis de un lado; o tuberculosis bilateral en la calculosis de un lado. En la práctica todos estos casos pueden presentarse, lo que es más, pueden ser reconocidos. No trataré de la asociación de la tuberculosis renal con tumores, por ser éste un hecho muy poco frecuente; a veces en un polo del órgano, afectado por lesiones específicas, se encuentra un cáncer.

Las lesiones mixtas son más interesantes en la práctica, por ser éstas, por múltiples razones, más frecuentes: gérmenes que por vía hematógena llegan hasta el riñón, hallan en la estrechez ureteral y otras condiciones que favorecen el estancamiento de la secreción, la causa de su detención y desarrollo; o bien son llevados hasta el riñón por vía ascendente después de cateterismos hechos con miras terapéuticas o diagnósticas. Se forman infecciones mixtas, las cuales empeoran sensiblemente el curso de la tuberculosis. La enfermedad se acelera y se vuelve más aguda, haciéndose más intensas que de costumbre las elevaciones febriles, siendo además difícil el diagnosticar su verdadera causa.

Para muchos autores, como ASCOLI M., WILDBOLZ, POUSSON, RONEBERG, FRISCH, etc., la asociación de la tuberculosis con infecciones piogénicas, sería más bien frecuente. Bajo este punto de vista creo que conviene ir con pies de plomo. Decir, como algunos afirman, que las asociaciones bacteria-

nas son las que denotan la tuberculosis del riñón, es, a mi entender, algo exagerado. Es más verídico el que la complicación ocurre, por regla general, a consecuencia de las causas ya indicadas, las cuales favorecen su instalación en los estados tardíos de la tuberculosis renal.

Muy interesantes son los casos de tuberculosis en los riñones congenitamente alterados, tales como los riñones en herradura de caballo, y aquellos con doble ureter, etc. En este último caso puede notarse una tuberculosis segmentaria, es decir, limitada al segmento correspondiente al uréter anormal. Sobre este particular puedo citar un caso en el que en el lado izquierdo hallé un riñón doble, con doble uréter; el superior era tuberculoso, el inferior totalmente sano.

* * *

¿Cómo podremos llegar a diagnosticar precozmente las diversas formas de la tuberculosis renal?

Debo reconocer que, cuanto más se estudian estas formas, tanto más difícil resulta dar de las mismas un cuadro sencillo; es decir, que las manifestaciones clínicas de la enfermedad son tan variadas, que es fácil equivocarse.

Cierto es que cada vez que la historia clínica llama nuestra atención sobre el aparato urinario, y que ésta nos indica al propio tiempo lesiones tuberculosas ya existentes en otros órganos, hay que pensar en la tuberculosis renal, aunque la sintomatología presentada no sea, como diríamos, la clásica.

La forma más común bajo la cual se presenta la tuberculosis renal es la *forma vesical*, es decir, aquella que se manifiesta con trastornos de la micción de origen aparentemente vesicales. Por lo menos en un 90 por ciento de los casos, o sea, prácticamente en la totalidad de los mismos, se ha reconocido que anatomopatológicamente la vejiga se hallaba de hecho interesada.

Los síntomas vesicales, que ofrecen regresiones y agudizaciones espontáneas, son variabilísimos. A veces nos encontramos con enfermos que no sienten dolores, pero que experimentan frecuentes ganas de orinar (polaquiuria), sobre todo durante la noche; o bien, y éste es el hecho que con más frecuencia suele llamar la atención del enfermo primero y del médico después, que acusan estranguria; tenesmo, micción dolorosa, precoz o interrumpida. Estos hechos permiten al enfermo y al médico hacer el diagnóstico de cistitis y con más frecuencia el de cistitis crónica. Es entonces cuando se empieza a sospechar de una cistitis blenorragica, siendo muchos los enfermos que acuden a nosotros después de haber agotado toda la serie de curas contra una cistitis blenorragica que jamás existió. Otras veces, en cambio, prevalecen síntomas dolorosos (cistalgia) los que pueden iniciar también el síndrome.

Otro signo de la participación vesical está representado por la piuria, la cual puede ser macroscó-

pica o microscópica. El hecho de resultar irritante la administración de urotropina puede tener un valor diagnóstico.

El carácter de la piuria en la tuberculosis es el de ser una piuria ácida, lo cual permite a cualquier médico hacer, o por lo menos, sospechar el diagnóstico en su propio gabinete sin tener que molestar al urólogo y hacer previamente un examen a fondo; únicamente, cuando existe una infección secundaria pueden sobrevenir modificaciones en la acidez de la orina.

La importancia del conjunto sintomático vesical que acabo de describir, reside en el hecho que éste se compone de los primeros signos de la tuberculosis renal misma. Y es necesario reconocer desde un principio las formas vesicales con el fin de no hacer un diagnóstico erróneo de una cistitis simple con todas sus curas inherentes y la consiguiente pérdida de tiempo, sin contar que los drenajes y los medicamentos pueden favorecer la difusión de las lesiones tuberculosas.

Otra forma clínica de la tuberculosis renal, quiero decir, inicial, ya que en su desarrollo sucesivo todas las formas pueden llegar a asociarse, es la *forma renal*. Es decir, que el mismo enfermo llama directamente la atención sobre la región renal, donde dice notar un dolor sordo, el cual tiende a agravarse, o bien siente dolores del tipo de cólico, hecho éste sobre el cual se ha llamado mucho la atención, puesto que, en tal caso, el cuadro clínico simula el de la calculosis, en el que el guardar cama atenúa los dolores lo mismo que atenúa la hematuria. Esto, en cambio, no ocurre en la tuberculosis, aun cuando el enfermo guarde un largo y absoluto reposo. En algunos casos el dolor renal aparece durante la micción, el cual, entonces, es debido al reflujó de la orina de la vejiga al uréter rígido y abierto (reflujó vésicorrenal).

Puede, pues, darse un caso importante, es decir que el dolor no se fije en el lado enfermo, sino en el lado opuesto. Esto tiene una gran importancia, ya que en estos casos especiales la atención se fija en el riñón que carece de toda lesión morbosa. El dolor contralateral en las afecciones renales debiera ser de aquí en adelante bien conocido. Este se observa especialmente en lesiones súbitas, traumáticas o inflamatorias tumultuosas de un riñón, cuyas lesiones obligan al riñón opuesto a una rápida compensación anatómica y funcional. En realidad, si el órgano es sano, el poder de compensación del riñón es rapidísimo.

Ahora bien, es probablemente la distensión la que provoca la nueva condición funcional a la cual se halla sometido el riñón sano a consecuencia del dolor contralateral. Por esta misma razón el dolor, aun cuando la lesión anatómica se limite a un solo riñón, puede ser bilateral. Una tercera forma de tuberculosis renal es la *forma mixta vésicorrenal*, en la que tanto los síntomas renales como los vesicales aparecen casi a un mismo tiempo.

Otro grupo de casos está representado por aque-

llos en los que el enfermo no se queja de trastornos vesicales como en los ya citados, pero nota que orina sangre: es ésta la *forma hematúrica*. Se comprenderá que todas las distinciones que hago tienden a poner en evidencia los síntomas fundamentales, aunque se observa que después, al hacer el examen, se encuentra una asociación de otros signos; se puede, de todos modos, hablar de una *forma hematuria*, por cuanto el signo que más especialmente llama la atención del enfermo es precisamente la emisión indolora de orinas sanguinolentas. El diagnóstico entre la hematuria tuberculosa, hematuria de tumores renales, o hematuria esencial, puede ser en estos casos difícil. Por el contrario la hematuria por cálculos, a causa de su modo de comenzar el acceso y estar agravada por la fatiga, es fácil de diferenciar. Lo mismo puede decirse de la nefritis hemorrágica, a causa de su agudez y los caracteres concomitantes de la orina y del estado general.

Otra forma, siempre inicial, de la tuberculosis renal, es la *forma piúrica*, en la que los enfermos no emiten sangre, sino pus con la orina; y esto sin síntomas vesicales o renales. Como la piuria que se puede en cierto modo encontrar en las formas del tipo vesical o vésicorrenal, ésta también posee los caracteres de la piuria ácida. Además, los glóbulos blancos que se observan en el sedimento no están todos bien conservados, pues, muchas veces están deshechos.

Es este el signo de *Colombino*, sobre el que se discute mucho y que unos toman por falaz, considerando, empero otros, como importante; lo cierto es que la presencia de leucocitos deshechos en el pus de la orina señalado apenas, es asaz más frecuente en las inflamaciones tuberculosas que en otras. En realidad tratase de leucocitos procedentes de focos caseosos. Un carácter importantísimo de la piuria tuberculosa es por fin, el de ser abacteriaca; los leucocitos se encuentran en orinas estériles. Todo este conjunto de elementos pueden permitir el diagnóstico de la piuria tuberculosa, aun cuando ésta queda durante cierto tiempo el único signo. Que se haga más tarde el cateterismo, la cistoscopia, pero entretanto se tendrá sospechas inmediatas.

Otra forma de tuberculosis renal es la pielonefrítica, con evolución aguda o subaguda. Son formas febriles, a veces intermitentes, y poco frecuentes de observar, en las que no es fácil recabar elementos diagnósticos que permitan distinguirlos de la pielonefritis subaguda o aguda de gérmenes comunes.

Peores aun son las formas que en el silencio de los síntomas llegan a la pionesrosis. En cambio raro es el *tipo neoplásico* en el que el tumor renal nos puede hacer dudar de un neoplasma, por faltar la sintomatología dolorosa, siendo escasa la piuria como también los signos vesicales.

En ciertos casos la tuberculosis renal puede manifestarse primitivamente con síntomas que no pertenecen al riñón, sino a los tejidos circundantes;

es decir, que es la supuración perirrenal la que primero llama la atención del enfermo y del médico sobre el hecho morboso que se estableció (*forma supurativa perirrenal*).

En el desarrollo sucesivo todas estas formas pueden asociarse diversamente, siguiendo una marcha regular, progresiva o bien intermitente.

La forma *intercurrente* o intermitente de tuberculosis renal es particularmente interesante; en cierto momento los síntomas de que el enfermo se queja sufren un cese completo, en el sentido de que toda la sintomatología se va agotando, aunque incompletamente. Esto se debe generalmente a oclusiones intermitentes del uréter, por el cual no pasan los productos de disgregación de los focos tuberculosos, no llegando éstos así a la orina; tampoco pasa pus, ni bacilos, ni sangre, y es entonces cuando se comprende que cierta parte de la sintomatología, sino toda, se agota. A consecuencia de la oclusión ureteral se puede observar un aumento de volumen del riñón, el que queda temporalmente excluido; estos casos de autonefrectomía no están bien definidos. ISRAEL habla del *verschlossene Form* (forma cerrada) de tuberculosis renal, para distinguirla de aquellas formas que han estado siempre excluidas de la comunicación con las vías excretoras (tubérculos incisos) a los que da el nombre de *geschlossene* (cerrados).

La sintomatología recurrente, en el sentido que el desarrollo no es progresivo, pero que se halla sujeto a agudizaciones y remisiones, es frecuente en la tuberculosis renal, independientemente de la oclusión temporal del uréter.

Debo llamar ahora la atención sobre las formas completamente *latentes* de la tuberculosis renal, en las que faltan los síntomas más arriba descritos. Estas formas son frecuentes, especialmente en individuos que padecen de tuberculosis de otros órganos, y que se descubren por el hecho de conocer con relativa frecuencia la tuberculosis del epidídimo, de la próstata o de otros órganos que se asocian a la tuberculosis urinaria. La necesidad que existe en la práctica, sobre todo para el juicioso pronóstico, de investigar cuidadosamente las condiciones del aparato urinario de los individuos que sufren de alguna enfermedad tuberculosa, puede conducir al descubrimiento de la tuberculosis renal.

Algunos dicen existe también unas tuberculosis que conducen insensiblemente a la caquexia, y hablan de la *tuberculosis caquética*, la cual no produce otra manifestación que la generalmente grave; con decaimiento progresivo del estado general, trastornos digestivos, anemia, etc.; sin que el enfermo llame la atención sobre las condiciones del aparato urinario.

Se ve que en su conjunto el cuadro de la tuberculosis renal puede ser bastante proteiforme. Y esta es precisamente la causa que conduce a equivocaciones; por otra parte, el conocimiento de toda esta posibilidad puede ser precisamente lo que in-

duce rápidamente a todos aquellos exámenes que pueden conducir al diagnóstico.

Resumiré sucintamente cuáles deben ser estos exámenes. Por lo que se refiere a las orinas, la albuminuria tiene mucha importancia. Una albuminuria que persiste durante mucho tiempo sin cilindruria, ha sido considerada por muchos, y con justo título, como un síntoma de tuberculosis; mientras que una prolongada cilindruria es síntoma de nefritis (FRONSTEIN).

Importante es la notación de la cantidad de orina diaria, y sobre todo la de la reacción química de la orina, teniendo en cuenta lo que ya he dicho referente a la acidez. También he indicado ya la necesidad de examinar el pus y la sangre.

Hay varias cuestiones referentes a la presencia de los bacilos de KOCH en la orina. Se comprende que el hallazgo positivo tiene su valor, aunque la baciluria no significa fatalmente localizaciones bacilares urinarias, puesto que existen casos en los que no se encuentran (tuberculosis oclusa, antigua pionefritis), pero no obstante, debemos guardarnos de negar la tuberculosis. Pero la misma rebusca del bacilo de Koch puede ser difícil. Los métodos elegidos para el caso son esencialmente tres.

Uno es el examen directo, bacterioscópico: se examina el sedimento empleando uno de los usuales métodos, y esto más a menudo cuando se cree que no se puede descubrir una baciluria evidente. Hay aquí la acostumbrada cuestión del bacilo del esmegma, pero no trataré de los medios bien conocidos para evitar su presencia.

El segundo método consiste en la prueba biológica, es decir, la inoculación del material tuberculoso a los cobayas, los que llegan a su término en un tiempo más o menos breve, con los signos anatómo-patológicos característicos de la tuberculosis. La prueba es importante, pero no posee un valor absoluto, puesto que puede resultar negativa, a pesar de haber tuberculosis, aunque haya una baciluria demostrada (razas apatógenas para el cobaya). Por otra parte, el obtener resultados positivos mediante la inoculación en cobayas, no demuestra la existencia de lesiones tuberculosas del riñón; vale aquí el mismo concepto que expuse para la baciluria. WILDBOLZ obtuvo resultados positivos en el cobaya con la orina extraída de los dos riñones; extirpado el riñón de donde provenía la piuria, consiguió la curación y las sucesivas inoculaciones resultaron negativas. BEER, al citar casos semejantes, recuerda sus descubrimientos análogos y atribuye los resultados erróneos o bien a la suciedad de los catéteres o al reflujo hacia el lado sano, o quizá, como debidos a una baciluria excretora. Sea como fuere, es necesario andar con cuidado al hacer deducciones aún de los hallazgos positivos.

En estos últimos tiempos, algunos han dado más valor a un tercer método que a la prueba biológica. Este método consiste en buscar al bacilo de Koch por medio de pruebas de cultivo previo enriquecimiento según LOEWENSTEIN-SUMIYHOSHI (RADO Y

HUTH; LIEBERSTHAL). Se recogen las orinas en gran cantidad, se mezclan con cinco veces su volumen de una solución al 15 por ciento de ácido sulfúrico o de otra al 25 por ciento de ácido clorhídrico, se centrifuga, se lava el sedimento con una solución fisiológica y con cultivo de patata glicerizada. En dos o tres semanas se obtiene un resultado más práctico y menos costoso que empleando la prueba biológica. Llegado, pues, por uno u otro método, al diagnóstico de la naturaleza—y bajo este punto de vista citaré también la termoprecipitación de WIGET y la cutirreacción que como medios coadyuvantes del diagnóstico específica pueden ser experimentadas—es necesario determinar cuál es el riñón enfermo, cuál es el valor funcional de éste y del riñón sano, aunque existan o no otras localizaciones. Se comprenderá que cuando las lesiones son bilaterales la seguridad del valor funcional de los dos riñones tiene una importancia particular para conseguir un criterio terapéutico.

Para obtener y valorar todos estos elementos, además del cuidadoso examen clínico, que consiste especialmente en la palpación del riñón, del uréter, de la vejiga y de la próstata, del examen completo de las orinas globales, la cistoscopia tiene una importancia enorme. Ella permite ver el asiento y calidad de las lesiones de la vejiga y el estado de las desembocaduras ureterales. Referente a las primeras, ésta ha de permitir distinguir entre las lesiones de cistitis banales y las granulaciones y ulceraciones específicas. Por regla general, y esto es de gran interés, las lesiones son más acentuadas en el lado enfermo. A veces, pues, tenemos lesiones de la cúpula vesical, casi como acrecentamiento de gérmenes proyectados con las orinas infectadas, sobre todo cuando en cierto momento la capacidad de la vejiga queda muy reducida. En realidad, puede decirse que la reducción de la capacidad vesical es un síntoma constante y a menudo precoz de la tuberculosis vesical.

La cistoscopia permite observar las deformaciones que el proceso introduce en la vejiga, deformaciones éstas que se pueden demostrar hoy quizá mejor mediante el examen radioscópico y radiográfico de la vejiga misma (cistorradiografía por vía ureteral o por vía endovenosa).

En cuanto a las condiciones de las desembocaduras ureterales, éstas deben ser cuidadosamente indicadas, porque, a menudo, la mayor lesión se observa en el lado del riñón enfermo (granulaciones, ulceraciones, esquimos, rigidez de la desembocadura y su desarreglo a causa de una retracción de la pared vesical. La cistoscopia, en fin, es el medio para proceder al importantísimo cateterismo de los uréteres, el cual tiene por objeto indicar la cantidad de orina emitida en la unidad de tiempo por el riñón enfermo, sus condiciones químicas, su eventual contenido bacilar y morfológico, la eliminación de sulfo-fenoltaleína.

Bien es verdad que no siempre el cateterismo ureteral es factible, o bien porque los uréteres no

son visibles por hallarse sus desembocaduras en el área ulcerada, o bien porque no son sondables a consecuencia de la estenosis. En tal caso hay que recorrer a otros medios de examen, los cuales, empero, son importantísimos, sobre todo la *cromocistoscopia*, mediante la cual se puede reconocer si el carmin de añil es eliminado durante las eyaculaciones coloradas características, con ritmo normal. Un retraso o una ausencia de eyaculación colorada indica que el riñón funciona mal, o que no funciona.

Pero también existen causas de error en lo que se refiere a esta tan importante prueba. Pues, a causa de la presencia de gran cantidad de parénquima funcionante, el riñón enfermo es también capaz de eliminar perfectamente las sustancias colorantes; es más, puede a veces eliminarla más pronto y mejor que un riñón sano (MINGAZZINI, BLATT). Esto significa que en todo el conjunto de los objetivos citados la prueba cromocistoscópica tiene un valor relativo.

Es decir, que la falta de eyaculación coloreada puede ocurrir, cuando el riñón deja pasar la sustancia colorante; esto es, cuando existe algún obstáculo ureteral debido a la atonía o bien a una infiltración de las paredes, la cual impide la evacuación recogida en la pelvis durante el período de observación cistoscópica; el cateterismo del uréter permite la evacuación de la orina colorada y dirimir la causa eventual del error.

Además, el *examen radiográfico* aporta un importante tributo diagnóstico. Puede éste consistir en una sencilla radiografía de la región reno-uréterovesical, capaz de revelarnos eventuales sombras de pus concreto o de calcificaciones; dado este paso en la orientación, siguen la pieloureterografía, eventualmente el neumorriñón, la cistografía. Pero la pielografía no es siempre necesaria, es más, a veces puede ser peligrosa, si no se efectúa con la técnica precisa o si se hace en casos de hematuria muy notable, con fiebre elevada, con fuerte depresión. De consiguiente, muchos opinan que hay que evitarla cada vez que es posible hacer el diagnóstico sin ella (MARIÓN, BEER, etc.). Es preciso proceder con catéteres muy sutiles, para no distender demasiado la pelvis con el líquido espeso (yoduro de litio al 10 por ciento). Lo cierto es que a menudo la radiografía es capaz de darnos nociones de la mayor precisión, ya sea sobre el estado del uréter, ya sobre el de la pelvis y del riñón, permitiendo reconocer las particularidades de las lesiones (estenosis, y dilataciones ureterales, ulceraciones de los vasos, cavidades renales), particularidades éstas, utilísimas para los fines diagnósticos y terapéuticos.

En los casos en los que no es posible realizar la pielografía con cateterismo a causa de la impenetrabilidad del uréter, disponemos actualmente de otro medio, a saber: la pielografía por vía endovenosa. No obstante, conviene hacer todavía ciertas reservas por lo que a su valor se refiere; pero lo cierto es que, sometiendo a un oportuno análisis crítico los datos que nos proporciona, adquirimos

nociones que de otro modo escaparían a nuestra observación, y que ahora podemos adquirir. Muchas sustancias han sido recomendadas para la pielografía endovenosa, y en la clínica las he ensayado todas: entre ellas es actualmente la mejor el *uroselectan*, que introdujeron (en 1928-29) LICHTEMBER y SWICH. Es un producto (sal sódica de piridina) que contiene yodo orgánicamente fijado en la proporción de un 42 por ciento de su volumen, y que fué preparado por BINZ y RATH. Se le inyecta en cantidades de 100 c. c., en dos veces: primeramente 40 c. c. y luego, después de un intervalo de aproximadamente tres minutos, se practica, muy lentamente, una segunda inyección de 60 c. c.

Esta sustancia se elimina rápidamente a través de los riñones. Transcurridos 5-10' se hace la primera radiografía, y se continúa con intervalos de un cuarto de hora, hasta los 30°, 45°, 60° minutos, luego se sigue poniendo la forma en relieve, el volumen de la pelvis y la intensidad de la sombra piélica. Debo añadir que poco después de la inyección, la densidad de la orina aumenta, y que el examen de ésta, hecho con pequeños densímetros, proporciona ya una idea de la función renal (momento inicial de la eliminación). CAPORALE, en mi clínica, hace también la investigación directa de la sustancia por medios químicos, con el mismo fin del examen funcional. Ahora bien, mientras que en el riñón sano el máximo de eliminación se efectúa en las dos primeras horas, cuando existen trastornos de las funciones renales y a causa de las alteraciones anatómicas del riñón, resulta que la imagen aparece tardíamente, a veces 6-24-36 horas después de la inyección, siendo aquella imagen más o menos notablemente alterada; cuando el riñón está anatómicamente o funcionalmente suprimido, no se obtiene imagen alguna.

En un riñón normal, y debido a la rapidez de la eliminación de la sustancia con la orina, no es siempre posible obtener una imagen radiográfica de la pelvis: es menester recorrer entonces a métodos subsidiarios, llenando por ejemplo la vejiga con líquidos inertes, como ácido bórico, o una solución fisiológica con el fin de impedir el reflujo de la orina que pasa por el riñón; comprimir a veces los uréteres desde el exterior por vía vaginal o rectal. Hay que interpretar correctamente las imágenes obtenidas con la pielografía, especialmente allí donde hay poco parénquima funcionante, y donde, por consiguiente, la sombra renal o piélica es escasa.

En cuanto al neumorriñón, éste puede estar indicado en los casos en que se desea obtener nociones sobre la forma o volumen de un riñón insuficientemente accesible, por estar fijado alto, o la palpación. Ya he aludido a la cistografía; ésta puede proporcionarnos conocimientos exactos sobre la fijeza eventual de la vejiga, sus deformaciones, su adherencia con los órganos vecinos, y sobre el reflujo véscoureteral, elemento éste importante de la difusión de las lesiones específicas y causa, a veces, de sintomatologías particularmente dolorosas.

Bajo este punto, creo poder decir que se pueden recoger con utilidad todos los elementos para un diagnóstico. Y, en efecto, con el examen clínico en primer lugar, y luego con los exámenes cistoscópicos, el cateterismo de los uréteres, y los exámenes radiográficos y bacteriológicos, resulta difícil el no poder hacer el diagnóstico.

Todavía hay quien cree que existen casos dudosos para los cuales se debe recurrir a la lumbotomía exploradora para decidir si el riñón está enfermo. Aunque colegas de gran autoridad sostienen esta opinión, como BEER y LEGUEU por ejemplo, creo, no obstante, que existen demasiado causas de error y asimismo demasiados riesgos para poder aconsejar semejantes exploraciones. El palpar el uréter y la pelvis, ver la corteza renal, examinar también una sección del riñón, además del peligro de contaminación que este último caso encierra, no serán nunca suficientes para revelar o negar las lesiones eventualmente existentes. Cuando se piensa, además, que a veces es sólo el microscopio quien puede revelar la verdadera causa de las formas hematóricas, se comprenderá la inutilidad, o al menos, la poca seguridad de la misma nefrotomía exploradora.

Diagnosticada la tuberculosis de un riñón, es esencial establecer cuáles son las condiciones funcionales del otro riñón; y en los casos bilaterales, es indispensable establecer el grado de las alteraciones funcionales de cada riñón. Conviene, pues, para tal efecto, poner en obra todos los medios de que actualmente disponemos: entre éstos doy una notable importancia a la prueba de la eliminación de la fonosulfoftaleína, y a la investigación de la azoemia. En cambio, he abandonado casi por completo la determinación de la constante de Ambard, la cual en el fondo nada nos dice, limitando mi investigación a algunos componentes de la misma: *azoemia, concentración y eliminación diaria de urea*. También es importante evaluar la concentración de los cloruros. Del éxito de estos exámenes funcionales depende especialmente el pronóstico y la indicación de la intervención en la tuberculosis renal.

El establecer indicaciones operatorias exactas sobre esta base tiene un valor enorme; basta decir que en mi estadística operatoria para la tuberculosis renal tengo el 100 por ciento de curaciones, resultado éste que atribuyo no tanto a la técnica operatoria, como al hecho de haber sabido establecer indicaciones exactas para la intervención, juzgando la resistencia del enfermo a base de la función del riñón residuo, también si, eventualmente, era ya asientos de lesiones específicas.

Poseemos, por el contrario, en la actualidad, estadísticas que arrojan un 1'8 por ciento de mortalidad; pero por regla general la causa de la muerte es la uremia. Es evidente que un cuidadoso y suficiente examen del riñón residuo hubiese podido indicar el déficit y fijar las contraindicaciones operatorias.

Y ahora, dos palabras sobre el pronóstico.

Si dejásemos la enfermedad evolucionar sola sin poder intervenir, veríamos que conduce fatalmente a la muerte. No obstante, el período en que se presenta el desenlace es muy variable. Según algunos, 10 años. Sin embargo, hay autores (WILDBOLZ), que basándose en estadísticas hechas en la mesa de operaciones, sostienen que 1'80 por ciento de los no operados mueren antes de los cinco años. Se trata, pues, de una enfermedad que hay que atender y cuidar absolutamente con rapidez.

De por sí, la edad conduce a diversos pronósticos: en los niños, en efecto, las lesiones tienden a ser más graves, y son más a menudo bilaterales y asociadas; en cambio, en los ancianos son menos graves y de un curso más lento. Sin embargo, la unilateralidad o la bilateralidad son elementos que influyen mucho sobre el pronóstico.

Pronósticamente importante es, pues, la cuestión de la tuberculosis renal en la mujer embarazada. Y, en efecto, es indudable que el embarazo y puerperio agravan el curso de la tuberculosis renal, activando su proceso específico y favoreciendo la destrucción en los focos tuberculosos; por otra parte el diagnóstico ofrece, durante el embarazo, dificultades, puesto que la tuberculosis renal en la mujer embarazada puede dar lugar a síntomas que no se diferencian de la pielitis gravidarum y puede ser reconocida demasiado tarde la dolencia.

Ahora bien, mantengo que de este modo se puede sintetizar la conducta a seguir: si la tuberculosis es unilateral, nefrectomía precoz, la cual puede ser bien tolerada durante la preñez; y viceversa, interrupción precoz del embarazo, si la tuberculosis es bilateral. El 67 % de las nefrectomizadas, según la estadística de DOSZA, deducida de los casos de F. ILLYES, llevan la preñez a término. Mantengo asimismo que la nefrectomía precoz puede curar definitivamente, lo cual queda demostrado por el hecho de que hay mujeres que han parido 1, 2, 4 veces y más después de la nefrectomía. También he tenido un caso en que dos años después de la nefrectomía del riñón más enfermo por tuberculosis bilateral, en el cual la mujer llevó a feliz término una nueva preñez, dando a luz un niño sano.

Y he aquí finalmente el *tratamiento*.

Establecida, en primer lugar, la ausencia de contraindicaciones genéricas para operar, como por ejemplo, lesiones cardíacas, hepáticas, nefritis tóxicas graves contralaterales, etc., se puede afirmar que la nefrectomía lo más precoz posible está indicada cuando la lesión específica es unilateral, cuando no existen otras indicaciones dadas por otros estados morbosos, o también cuando la lesión, siendo también bilateral, no es tal que disminuya la capacidad funcional del riñón residuo. En efecto, se ha visto también experimentalmente que después de la nefrectomía puede tener lugar la curación del riñón que ha quedado, aunque esté enfermo, quizás a causa de la mayor afluen-

cia de sangre, es decir, de la hiperhemia compensadora, que se establece inmediatamente a cargo del único riñón funcionante. (UFFREDUZZI, FORNI, etc.). También en el riñón *máscic*, y en general en los riñones llamados «excluidos» por oclusión ureteral, la nefrectomía está indicada, porque se trata de focos que pueden ocasionar desagradables consecuencias (abscesos perinefríticos, infección del riñón sano, etc.). La nefrectomía en la tuberculosis de riñones en herradura de caballo, o de riñones dobles puede llamarse una heminefrectomía.

Es, pues, necesario proceder a la nefrectomía, la cual, practicada por vía lumbar, da excelentes resultados inmediatos. Menos buenos son los resultados a distancia, es decir, los resultados tardíos: a distancia de meses o de años los individuos pueden morir a consecuencia de una tuberculosis pulmonar o de otros órganos. Esto, empero, no es un motivo de abstención, por tratarse de un riesgo hipotético; digo, además, que la evidente presencia de otras localizaciones específicas puede representar tanto una indicación como una contraindicación para la intervención. Pero sobre este particular es imposible dar una regla: se trata de apreciar con un criterio clínico cada caso. Lo cierto es que si existen lesiones muy adelantadas en alguna otra parte, como por ejemplo, extensas lesiones abiertas, la nefrectomía está contraindicada.

Debemos disponernos a intervenir en la tuberculosis renal, tanto más cuanto con curas médicas no llegamos a resultados duraderos, aunque dichas curas pueden admitirse en las formas completamente iniciales. La tuberculosis renal tiene mucho de la de los otros órganos. En una tuberculosis osteoarticular, por ejemplo, y en la tuberculosis pulmonar misma, especialmente cuando son iniciales, llegamos con curas sanatoriales, etc., a obtener una curación o, por lo menos, un retroceso de los síntomas; pero esto no sirve para la tuberculosis renal. Bien es verdad que se puede probar con la tuberculinoterapia, la helioterapia, la vacunoterapia (partígenos), como tampoco refutamos las curas higiénicas y dietéticas; así, pues, practicaremos alguna cura local, como son las instilaciones vesicales de aceite gomenolado al 5-10 %, el azul de metileno por vía bucal o en lavajes, lavajes con soluciones de ácido fénico al 5 %, ácido alcanfórico por vía bucal.

Pero los resultados obtenidos no son duraderos, y referente al tratamiento vaccínico, sobre el cual se podría fundar alguna esperanza, la documentación es aún demasiado escasa. Por mi parte, he empleado mucho, reconociendo en ciertos casos su eficacia, la vacunoterapia practicada con los partígenos preparados por el Instituto Sueroterápico de Milán. Naturalmente, he observado también fracasos; pero no obstante, algunos enfermos mejoran sensiblemente, y pude, más tarde, operar a un individuo con lesiones bilaterales que en un princi-

pio creí inoperable. Aparte de esto, hay un amplio campo para toda clase de curas médicas, para los casos iniciales como ya dije, los operados de nefrectomía y los casos inoperables a causa de la bilateralidad u otras contraindicaciones.

La cura fundamental de la tuberculosis es, pues, la nefrectomía. Pero el problema técnico no es sencillo. Se trata de extirpar un órgano a menudo infectado también por otros gérmenes, y la operación no debe difundir ni la infección tuberculosa ni las eventuales infecciones secundarias. La coparticipación del uréter en el proceso dificulta la conducta del cirujano al tratarse de semejantes canales. Hay quien propone la extirpación total, otros la sección relativamente alta abandonando el muñón o fijando la herida. En tesis general, creo preferible dejar el uréter en su sitio.

Pues si se hace baja la extirpación, generalmente no se puede evitar la sección en un punto enfermo aún, y en tales casos puede resultar una fístula que llega hasta el fondo de la vejiga. Además, generalmente no se ve la parte terminal del uréter en su desembocadura en la vejiga, más o menos profundamente enferma; en virtud de esto es fácil deducir que si también se extirpase el uréter hasta el punto en que entra en la vejiga, también allí estaría enfermo. Ya que es notorio que el proceso morboso en el uréter y la vejiga es una eventualidad frecuente después de la ablación, es evidente que sin riesgo alguno podemos limitarnos a seccionar el uréter un poco más abajo de la pelvis, dejando todo o casi todo en su sitio.

Algunos urólogos muy expertos, como BEER, de Nueva York, sostienen que se puede hacer dos incisiones a la vez, y después otra paraperitoneal en la fosa iliaca para extirpar el resto del uréter. Dice que con este método obtuvo buenos resultados, aunque había visto fistulizarse la herida superficial; pero para él la infección tuberculosa postoperatoria sería la consecuencia de la casi inevitable bacilemia postoperatoria; lo cual quiere decir que se trataría de una infección por vía sanguínea y no por injerto directo. Pero a mi parecer, se puede hacer una seria objeción a este concepto, y de todos modos queda el hecho de que, no pudiendo efectuarse una uretrectomía verdaderamente total, con ablación radical de los focos (los vesicales p. ej., persisten fatalmente), no es el caso de dificultar la operación mediante un perfeccionamiento asaz problemático de la misma.

Además, tan sólo una vez he tenido que volver a intervenir tardíamente para extirpar un uréter en cuya luz se había formado una colección; pero se trata de un caso aislado y, por lo tanto, excepcional. Lo mismo que es excepcional el reflujo de orina infectada desde la vejiga en el muñón ureteral, caso que sólo he observado dos veces. De aquí que los inconvenientes de dejar el uréter son bastante relativos.

Existen casos en los que la *nefrostomía* está indicada como una operación de excepción. Esta tiene

su razón de ser cuando se considera urgente el abrir un absceso en los casos de pionefrosis febril, o bien cuando el riñón pionefrítico está tan adherido que constituye una verdadera dificultad para la ablación; especialmente en los casos de una infección mixta, es decir, que es más prudente practicar primeramente la nefrostomía, reservando la nefrectomía para después. También se ha empleado la nefrostomía en casos de cistitis dolorosas rebeldes.

Otras operaciones que nunca he creído deber practicar son la cistostomía y la ureterostomía, al objeto de la exclusión de la vejiga, a veces efectuada, como también la nefrostomía en casos de cistalgias rebeldes, eventualmente después de tentativas de fulguración con corrientes de alta frecuencia (PASCUAL). También algunos ejecutan la simpatectomía periureteral y la extirpación del plexo epigástrico en los casos de cistalgias rebeldes (ROCHET y THEVENOT). Pero CAPORALE, en mi clínica ha demostrado que estas intervenciones tienen importantes consecuencias funcionales (paresis o parálisis uréterovesical). El resultado general de la nefrectomía es la curación. Los enfermos, después de ser operados, recuperan su peso, y se restablecen las buenas condiciones generales, sobre todo, cuando las intervenciones no han sido tardías.

La mortalidad, que en mi estadística es, como dije, 0 %, varía en las estadísticas más recientes del 2 al 8 %. Las causas de la defunción son la uremia, la neumonía postoperatoria, más raramente las embolias o la insuficiencia cardíaca. Las muertes tardías se deben a lo más a tuberculosis pulmonares o a meningitis tuberculosas.

La tuberculización de la herida operatoria, la formación de abscesos fríos, son eventualmente posibles y, más bien, relativamente frecuentes. A propósito de esto, diré que influye mucho el estado de los tejidos perirrenales y la posibilidad — que yo tiendo a ampliar — de suturar de primera intención la herida. Si, además, la operación transcurre aséptica, se puede dejar en el ángulo superior de la herida un pequeño tubo de vidrio o de goma para el drenaje.

Estas fístulas o abscesos se tratan con la helioterapia, con inyecciones de líquidos yodados, ayudando eventualmente el raspado de la fungosidad.

La vejiga, la cual queda enferma durante un tiempo más o menos largo, será tratada mediante las ya indicadas curas locales. En dos casos hemos practicado, con buen resultado, la electro-coagulación de úlceras específicas rebeldes.

La curación definitiva, según las estadísticas, se aproxima, por término medio al 60 % de los casos. Es éste un resultado notabilísimo, tratándose de una enfermedad cuya evolución es, como dije, fatalmente mortal.

Acabo, pues, de tratar rápidamente, y también de un modo incompleto, el amplio asunto de la tuberculosis renal, pero aunque solamente he podido tocar los puntos esenciales y exponer únicamente

parte de lo más recientemente visto en la materia, espero, no obstante, haber eficazmente contribuido a inspirar confianza en los medios diagnósticos, que son importantísimos, así como en los medios terapéuticos de los que hoy en día disponemos para luchar victoriosamente contra una de las más temibles y frecuentes localizaciones de la tuberculosis.

RÉSUMÉ

Avant tout l'Auteur étudie le problème des relations entre la tuberculose rénale et celle des autres organismes, spécialement la tuberculose pulmonaire et génitale. Il établit une distinction entre la tuberculose chirurgicale et la médicale du rein, distinction que non seulement il considère au point de vue clinique et thérapeutique mais aussi au point de vue anatomo-pathologique. Il s'occupe de la tuberculose chirurgicale du rein en indiquant le fait que pendant longtemps la tuberculose est unilatérale et, par conséquent, autant plus guérissable que précoces ont été le diagnostic et le traitement. Le diagnostic précoce de la tuberculose du rein est, en effet, difficile, vu le grand nombre de formes et la difficulté de les classier dans des tableaux simples. La forme la plus commune de la tuberculose du rein est la vésicale; suivent dans l'ordre de fréquence la forma rénale, les formes mixtes vésicorénales. Un autre groupe de cas est représenté par les formes hématuriques et pyuriques; la forme puëlo-néphritique; la forme intercurrente; la forme néoplatique et la forme latente; ces dernières sont les plus rares de toutes. Par conséquent, le tableau protéiforme de la tuberculose du rein forme la plus grande difficulté du diagnostic et oblige a recourir a toutes les preuves auxiliaires du diagnostic; parmi lesquelles figurent, en premier lieu l'examen de l'urine (albuminurie, cylindrurie, quantité journalière d'urine, réaction chimique, pyurie, hématurie, bacillurie) le cathétérisme des uréteres, la chromocystoscopie et l'examen radiographique. La lombotomie exploratrice n'est d'aucune façon à conseiller, tant à cause de sa valeur diagnostique insuffisante, qu'à cause des risques évidents qu'elle entraîne. Une fois la tuberculose du rein diagnostiquée, il est essentiel d'établir les conditions fonctionnelles de l'autre rein. L'Auteur a presque complètement abandonné la détermination de la constante d'Ambar et donne une grande importance à la preuve de l'élimination de la phénolsulphophtaléine.

La maladie abandonnée à elle même conduit fatalement

a la mort, aussi une intervention active est de toute nécessité. A cet effet l'Auteur préconise la nephrectomie par voie lombaire, pratique qui dans sa statistique donne une mortalité de 0 % et dans d'autres, plus récents un 2 à 8 %. La guérison définitive est en moyenne d'environ de 60 % des cas traités.

SUMMARY

Before all the Author studies the problem of the relations between the renal tuberculosis and that of the other organs, specially the pulmonar and genital tuberculosis. He establishes a distinction between the chirurgical and medical tuberculosis of the kidneys, distinction which he considers not only upon clinical and therapeutical point of view, but also upon the anatomo-pathological one. He speaks of the chirurgical renal tuberculosis, stating that during a long time de tuberculosis is unilateral, and, consequently, as more curable as the diagnostic and treatment have been precocious ones. The precocious diagnostic of the renal tuberculosis is indeed very difficult owing to the great number of its forms and the difficulty of classifying them in a simple table. The most ordinary form of the renal tuberculosis is the vesical; coming next in the order of frequency the renal form, the mixed vesico-renal forms. An other groupe of cases is represntd by haematuric ans pyuric forms; the pyelo-nephritic form, the recurrent; the neoplasia and latent form; those last are the most seldom of all. Hence the proteiform table of the renal tuberculosis is the biggest difficulty for the diagnostic and requires the aid of the auxiliary diagnostical proofs; and amongst them, at the first hand the examen of the urine (albuminuria, cylindruria, the daily quantity of urine, the chemical reaction, pyuria, haematuria, bacilluria), the catheterism of the ureters, the chromocystoscopy and radiographic exame. The exploratory lombotomy is by no means to advise owing to its inherent evident risks and its insufficient diagnostical value. Once the renal tuberculosis diagnosticated, it is essential to establish the functional condition of the other kidney. The Author has nearly totally abandoned the determination of Ambar's Constant and concedes a great importance to the proof of the elimination of the phenolsulphophtaleina.

The illness abandoned to herself conduces fatally to death. Hence an active interventinon is absolutely required. To this object the Author preconizes the nephrectomy by the lombar procedure, what in his statistics gives a mortality of 0 %, ans in other more recent ones a 2 till 8 %. The definitive cure is obtained for an average of about 60 % of the treated cases.