

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)  
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**Diagnóstico de las hematurias uretero-renales y concepto  
clínico de las llamadas hematurias esenciales  
angioneuróticas y nefralgias hematóricas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Francisco Genovés Olmos**

Madrid, 2015

Facultad de Medicina  
de la  
Universidad = Central

---

Tesis de doctorado.

.o.

Diagnóstico de las hematurias uretero-  
renales y concepto clínico de las llamadas he-  
maturias esenciales angioneuróticas y ne-  
frialgias hematuricas.

por

Don Francisco Genovés y Olmos  
Médico de la Armada.

---

Madrid - 1908.

---

Excmo Sr.:

Al poco tiempo de comenzar á ejercer la profesión y acrecentada su importancia tal vez por este mismo hecho, que nos hace ver claramente el valor que tenía y el convencimiento de certeza que daba el criterio del maestro rectificando ó rectificando nuestra opinión que que daba libre de responsabilidad por ello mismo, tuve un caso en el que solo pude apreciar un sintoma: la hematuria; y llevado por el amor

propio, que todos hemos sentido, según yo creo, en los mismos momentos de nuestra vida profesional, que no me permitía declararme vencido, hube de reparar lo que sabía y estudiar lo que ignoraba, que era bastante más de lo que sabía, y con los datos que recojí y el criterio que tengo formado sobre el particular, he escrito esta Memoria, en la que si muy poco de nuevo se encuentra, por lo menos, creo haber sintetizado lo que he leído. Este modesto estudio es el que movido por ineludible deber, que de otra suerte no cometería tamaño atrevimiento, tengo el honor de someter á la benevolencia de tan ilustre tribunal, abrigando la confianza de que ha de conce-

derla á este trabajo.

El estudio que nos proponemos desarrollar es el siguiente.

Diagnóstico de las hematurias  
uretero-renales y concepto clínico de las ha-  
madas hematurias esenciales angioneu-  
róticas y nefralgias hematurias

Los casos clínicos que primeramente exponeremos nos servirán de base á nuestra tesis, viendo la manera de diagnosticar el origen uretero-renal de la hematuria y de apreciar el valor funcional del riñon que no sangra; <sup>después</sup> estudiaremos las distintas causas admitidas por los autores; diagnosticaremos con todos estos datos hasta donde nos sea posi-

ble; expondremos el concepto clínico que nos merezcan las hematurias llamadas esenciales, angio-neuróticas y neuralgicas y terminaremos con las conclusiones que de todo esto se desprendan.



No cabe dudar que al perfeccionamiento incesante del diagnóstico de las afecciones de los riñones, y más particularmente de la apreciación de su valor funcional que ha reducido al minimum los fracasos de las intervenciones, se deben en mayor proporción que á los progresos de la antisepsia y asepsia, los grandes resultados obtenidos en las intervenciones quirúrgicas, no inferiores en modo alguno á los obtenidos en otras vísceras.

Alberced á dichos procedimientos, ya de todos sabidos, que se perfeccionan á cada paso en sus detalles y aun en su totali-

dad, pudo completarse prontamente la neurología de la mayor parte de sus enfermedades traumáticas, inflamatorias, orgánicas y funcionales, adquiriendo su estudio la especialización que todos reconocemos.

Entre las últimas enfermedades, á las que no se ha podido borrar completamente del sitio en que fueron colocadas, y que afortunadamente van siendo cada día menos con los progresos de investigaciones anatómopatológicas, que descubren lesiones allí donde solo se creía un trastorno funcional, dinámico sine materia, y que es de suponer acaben con todas ellas como tales y las hagan ingresar en la

agrupación correspondiente orgánica  
ó inflamatoria, existe una que pare-  
ce entrará definitivamente, después  
de los trabajos publicados en estos  
últimos tiempos, en la de las in-  
flamatorias, por demostrarlo así  
el examen histológico de sus le-  
siones. Me refiero á la hasta  
ahora mal conocida hemate-  
ria esencial, neuralgia ó nefral-  
gia hematurica, epistaxis renal  
ó hematuria angioneurótica, que  
con todos estos nombres se designa  
la misma entidad morbo-  
sa, cuyo conocimiento ha atra-  
versado dos épocas, siendo exte-  
ramente empírico todo cuanto  
acerca de ellas sabíamos en su  
primera, y tomando un carácter  
más científico en estos últimos,

tiempos, sin dejar de ser algo empírico todavía su tratamiento, cuyo mecanismo de curación no está bien dilucidado por ser algo hipotéticas las teorías patogenéticas que se han emitido sobre dicha enfermedad, y en las cuales hay que fundamentar la terapéutica, para que al ser patogenética, sea verdaderamente científica.

Su conocimiento data de la fecha en que ~~se~~ comenzaron a practicarse intervenciones quirúrgicas renales y a encontrarse de cuando en cuando con errores de diagnóstico, difíciles de enmendar en la inmensa mayoría de los casos, pues el riñón era extirpado por creersele cance-

roso, tuberculoso ó litiasico; y el no encontrar macroscópicamente lesión alguna que confirmara tales presunciones clínicas, y á veces tambien al no encontrarlas microscópicas en los cortes de riñon examinados, deficientes en número seguramente; y ante la necesidad de dar nombre á aquella enfermedad manifestada solamente por la hematuria, á lo más acompañada de dolores poco significativos, se le apellidaba esencial; por trastorno dinámico, en la espera, (pues tal denominación no convenia á nadie), que posteriores estudios encontrasen substratum suficiente para hacer desaparecer su esencialidad.

La relativa rareza con

que se presentan casos de esta naturaleza, unido á la poca publicidad y á la deficiencia de un serio estudio anatómo-patológico que en ellos se observa, han contribuido poderosamente á conservar el estado de poca seguridad que respecto á ellas ha reinado y reina en la actualidad, y que desorienta á quien abrumado por el ordinariamente mal éxito de todas las medicaciones empleadas, acude á la experiencia ajena en espera de luz que no encuentra por lo difusa y escasa.

Como quiera que en el curso de esta Memoria me he de referir al sentar ciertas afirmaciones á casos clínicos, creo

que debo empezar por citar los más concluyentes, por lo bien observados, como ocurre con los de Köttemberg, á los que añadiré algunos más de los publicados en estos últimos años que son también muy concluyentes, y uno más, que si bien no tiene el valor de estos otros, tiene cuando menos para mí, la importancia de haberme decidido á hacer este estudio.

x  
x x



El caso á que me refiero  
últimamente es como sigue:

Enferma de 32 años. Opera-  
da hace cuatro, por el Dr. Candela  
(de Valencia) de salpingo oovariis su-  
purada, curando completamente.  
Ningún trastorno hasta Diciembre  
de 1907 en que sin causa apreciable  
aparece una profusa hematuria. El  
reconocimiento de los tres vasos  
demuestra que la hematuria es  
renal. De los riñones solo el iz-  
quierdo es sensible á la palpa-  
ción. Ningún antecedente litiasico.  
Su madre murió de carcinoma  
del útero. El variadísimo trata-  
miento médico empleado y los  
preceptos higienicos de rigor no

dan resultado alguno. El examen de la orina procedente de los dos riñones, pues no se hizo separación, da un poco de albúmina. Formulamos un diagnóstico probable de neoformación en sus conienros ó de nefritis parcelaria, que es aprobado por un compañero con quien consulté el caso. Reclamando la hematuria una intervención, y aprovechando la estancia en Madrid del Dr. Albarrán, á quien conoce la enferma, fué á consultarle y confirmó nuestro diagnóstico, añadiendo, mediante examen cistoscópico, que la sangre procede del riñón izquierdo.

El Dr. Candela interviene nuevamente en esta enferma, practicando á consecuencia de la violen-

ta hemorragia, una nefrectomía, que trajo como consecuencia la curación y la desaparición de la albúmina y de la sangre.

El riñón fué remitido para su estudio microscópico al Dr. Campos y Fillol, y previa la obtención de cortes histológicos observó lo siguiente:

" La capsula renal está esclerosada, pero  
" no muy aumentado su espesor; encuentranse alteraciones degenerativas en el epitelio de los glomérulos y también de los canalículos, infiltración inflamatoria del tejido conectivo, atrofia y desaparición del tejido renal. Pero estas alteraciones  
" se hallan muy limitadas en extensión, y solamente  
" se perciben en territorios circunscritos, próximos casi siempre a las zonas en que la superficie exterior, muestra  
" pequeñas retracciones cicatriciales."

" En algunos cortes se ha podido observar, que  
" el parénquima renal ha desaparecido casi total-

"mente, por atrofia de los canaliculos que se  
" encuentran vacios y desprovistos completa-  
" mente de epitelio, y por secuestación de los  
" glomérulos, teniendo los pocos glomérulos  
" que persisten, gran espesamiento de la cáps-  
" sula, pero con el epitelio destruido, difícil de  
" reconocer."

" En los glomérulos solamente oblite-  
" rados, las asas capilares, resultan opacas,  
" y el aspecto de la totalidad, es el de una  
" masa homogénea pobre en núcleos. Tam-  
" bien hay abolición de gran parte del sistema  
" vaso-arterial."

" En otros cortes se nota hiperplasia del  
" tejido conectivo y focos de infiltración pericelu-  
" lar en el tejido intertubular y periglomerular.  
" El estado de los vasos, demuestra en algunos  
" de ellos, evidente endarteritis, si bien la mayor  
" parte de ellos, son normales y por regla gene-  
" ral, no contienen sangre."

“ Las lesiones encontradas, corresponden a la nefritis parenquimatosa.”

\*  
\* \*

Los siguientes trece casos han sido observados por Kotremberg en el Hospital de Hamburgo, menos el último que lo fué en su visita particular.<sup>(1)</sup> Los extractaremos porque ellos nos sirven de fundamento para discurrir sobre tan importante materia.

Caso 1º - Sch. 24 años - Hombre fuerte que se presenta con una hematuria que data de 8 días, notando solo el enfermo desde el comienzo la coloración hema-

---

(1) { Medizinischen Klinik - Enero 1907.  
Zeitschrift für Urologie Bd. 11. Heft. 2. 1908. - Casos.

tica de su orina. Es un hombre fuerte de color icterico sin tara alguna visceral. No se comprueba ni aumento de volumen ni dolor en los riñones. En la orina hay un 2% de albumina. La radioscopia no muestra cálculo alguno. Nefrotomia. El riñon parece sano macroscopicamente. El ureter no está obstruido. Se hizo sutura de riñon y se taponó la herida. El enfermo salió curado, cuatro semanas despues de la operacion, y su orina era completamente clara y libre de albumina.

Caso 2º - Se trataba de un hombre de 50 años, el cual habia sufrido cólicos nefriticos desde hacia 12 ó 13 años. Por otra parte siempre

había estado sano. Sus hematurias, muy abundantes, databan de cuatro semanas, empeorando en el sentido de ser más considerables en los últimos 14 días. A pesar de ser hombre robusto se ha resentido mucho por la pérdida grande de sangre. El pulso y los latidos cardiacos son apenas perceptibles, pero claros, pudiendo contarse bien. La región renal, dolorosa. En la orina hay sangre.

El cateterismo del uréter da:

Riñon derecho.		Riñon izquierdo
Rojo .....	Color .....	Casi claro.
Casi pura .....	sangre .....	ooo
++++ .....	albúmina .....	ooo
oo .....	cilindros .....	ooo

Punto de congelación de la san-

gre 6'58. La prueba de la floridici-  
na no retarda.

En la hipótesis de un tumor  
del riñon derecho se pone éste al  
descubierto, no encontrándose le-  
sion alguna que indicase neoplasia  
formación u otro proceso. Por  
indicación vital se extirpa el  
riñon, no pudiendo el enfermo,  
ya extremadamente débil, so-  
portar la pérdida de sangre,  
inherente a la intervención y  
sucumbe sobre la mesa de ope-  
raciones.

Anatomia patológica. En la sus-  
tancia cortical se hallaban en  
ambos lados aglomeraciones de  
leucocitos y elementos embriona-  
rios conjuntivos, sobre todo, alre-  
dedor de los glomeruli. Los epi-

tubos de los tubuli tienen grana y en algunos tubuli se encuentran cilindros hematuricos. Las arterias presentan lesiones de periarteritis que estrechan su luz. Diagnóstico: Nefritis de predominio intersticial.

Caso 3º - M. 28 años. El paciente habia estado ya en el Hospital de Hamburgo varias veces a causa de dolores de los riñones nefrectomizandole el derecho en 1907 no pudiendo curarse porque nació. Cuando se hizo la observación presentaba dolores lumbares y hematuria considerable. Es un hombre robusto que tiene en el abdomen varias cicatrices de las operaciones sufridas, quedando toda-

via una fístula en la región del riñón derecho. La del izquierdo es muy sensible. Orina con mucha sangre. Después de dos meses de observación, continúa la hematuria. Por vehementes deseos del enfermo se interviene. El riñón está macroscópicamente sano en su superficie exterior y en la de sección, pues se hizo nefrotomía. Sutura del riñón. Desaparece la sangre y los elementos patológicos de la orina al segundo día, abandonando el Hospital á las 7 semanas, sin ningún nuevo contratiempo.

Caso 4.º - K. de 54 años. En 1871 tuvo blenorragia. En 1902 pasó por Lues. En 1903 y sin causa apreciable aparece gran

cantidad de sangre en la orina. Su estado es desde entonces melancólico. Es hombre de aspecto pálido.

Cantidad de hemoglobina 55%. La región de los riñones no es sensible. Orina turbia; contiene sangre y albumina en una proporción en la orina filtrada de un  $\frac{1}{4}$ %. La cistoscopia comprueba la normalidad de la vejiga.

El examen de la orina de cada riñón recogida por cateterismo da.

Riñon derecho	Riñon izquierdo
Urea ..... 10'4	Urea ..... 6'21
Albumina oo	Albumina ++
Sedimento oo	Sedimento. Eritrocitos++++
Punto viscosico - 0'58.	

Operación. Nefrotomía. El riñón izquierdo no muestra macroscópicamente ninguna alteración patológica. La biopsia practicada en puntos distintos del riñón se hizo para observar el caso microscópicamente. Se hizo sutura de riñón. Examen anatómo-patológico. Lesiones demostrables únicamente en los pedacitos de riñón correspondientes a la sustancia cortical y consistentes en pequeñas condensaciones intersticiales alrededor de los glomérulos, con lesiones de arterias. Diagnóstico: Nefritis intersticial 4 semanas después de la intervención la orina era clara y no contenía albúmina ni

otros principios patológicos. El estado general del enfermo ha mejorado mucho al abandonar la clínica, habiendo aumentado en 5 kilogramos su peso.

Caso 5º.— Se refiere a un joven comerciante; de 18 años que hasta entonces había sido un hombre sano y robusto. Desde hacía un año notaba sin causa visible una disminución de sus fuerzas sin trastorno ni dolor en ningún órgano del cuerpo. Hacia medio año se había caído en unos ejercicios gimnásticos. Hace unos 3 meses notó por primera vez que en su orina había sangre de vez en cuando sin

dolor hipogástrico ni renal.  
Cuando se presentó á la consulta sus hematurias habian aumentado considerablemente en intensidad, perdiendo mucha sangre en cada micción. Contiene de hemoglobina un 30%. Su orina es albuminosa en un 2'5%. Sangre mucha. Bacilo de Koch = 00. Rayos Röntgen = ninguna sombra.

La orina de ambos riñones obtenida por cateterismo ureteral da.

Riñon derecho	Riñon izquierda
12'2	13'4
muchas	000
+++	000
000	000
+++	000

Punto crioscópico de la sangre 0'57

En la hipótesis de un tumor se pone al descubierto el riñón derecho no encontrándose alteración alguna macroscópica. Nefrotomía con taponamiento de la herida. En los últimos días sobrevienen grandes hemorragias que salen con la orina y al exterior, hasta que finalmente una fuerte hemorragia no puede ser dominada con el cambio de vendas y se procede á la nefrectomía.

Diagnosis anatómica: Aglomeración en parte difusa y en parte circunscrita de células redondas en los tejidos intersticiales con compresión de los gloméruli y de los túb-

tubuli contorti cuya luz está disminuida de un modo regular en unas regiones y solo por crestas en otras. En algunos sitios están alterados los epitelios de revestimiento de los tubuli. Se observan hemorragias intersticiales repartidas de modo irregular, y á veces tambien se observa sangre en el interior de los tubuli. Se trata, pues, de una hematuria de predominio intersticial.

Caso 6º - Pst. 22 años - 2 años antes habia sido apendicectomizado en Batavia por apendicitis traumática. En 1905 pasó por Malaria. En New-York se le examinó despues por icterico, en cuyo curso sufrió una hematuria,

que por su persistencia obligó luego a una extirpación parcial del riñon que se hizo en Berna. La sangre no desapareció de la orina. Es un hombre de aspecto elegante en cuyo rostro se adivina el sufrimiento. Su abdomen suave no hinchado no ofrece resistencia defensiva al explorar <sup>los</sup> riñones que no se encuentran siendo indolora su busca. Temperatura siempre elevada. Orina con mucha sangre. Con el microscopio se notan muchos eritrocitos y leucocitos y grandes células. El examen de la orina de cada riñon obtenida por cateterismo ureteral da.

Riñon derecho	Riñon izquierdo
Orina coloreada	Orina clara
Urea 8'2	Urea 12'15
Albumina + + +	Sangre ooo
gruesas células	Albumina.ooo
leucocitos	leucocitos. oo
Sangre	elementos celulares.ooo

Punto crioscópico de la sangre = 0'55

Los rayos Röntgen permiten excluir una enfermedad de piedra. Se diagnostica un tumor como probable y se descubre el riñon derecho. Este riñon con su cápsula adiposa perirrenal están aumentados de volumen, y en el polo superior del riñon hay una cicatriz bastante profunda en pleno tejido renal y que precede de la intervención anterior. El riñon, macroscópi-

caamente parece sano. Nefrotomía y taponamiento de la herida. Los trocitos de riñón separados para el examen microscópico, parecen completamente sanos, salvo en la cicatriz. La operación no tuvo cesar la hematuria, obligando 4 semanas más tarde a una nueva intervención, practicándose la nefrectomía. El examen histológico demostró la existencia de muchos glomeruli, degenerados hialinamente, de una hipertrofia del tejido intersticial y de una hinchazón, con enturbiamiento y a menudo necrosis, del epitelio de los túbulos. En varias partes del tejido cicatrizado per-

sisten infartos. Curación después de la nefrectomía.

Caso I. - Mujer de 56 años. Sus padres murieron de enfermedad desconocida. Una hermana de tuberculosis. Ninguna otra tuberculosis en la familia. Por lo demás siempre sana. Hace 12 años le extirparon el útero. Hace un año y consecutivamente a una caída, ha sufrido una hematuria que duró 4 días, habiéndosele luego repetido a intervalos más o menos las pérdidas de sangre siempre considerables en intensidad y duración. Es una mujer elegante. Pulmones sanos. En la región del riñón derecho se observa un aumento de volu-

men duro é insensible. La orina tiene mucha-sangre.

El análisis de la orina separada de cada riñón por cateterismo ureteral da.

Riñón derecho		Riñón izquierdo
12'8	Urea	13'6
+++	Albumina	ooo
+++	Sangre	ooo
+++	epitelios	ooo
ooo	cilindros	ooo

Punto de congelación de la sangre 0'56.

Suponiendo un tumor, se pone al descubierto el riñón derecho que macroscópicamente parece enteramente sano. Se hace nefrotomía con extirpación de una porción de capsula. Sutura del riñón. Los trocitos tomados en diferentes partes del riñón de-

muestran normalidad en la mayor parte del riñón con solo alteración de algunos glomeruli que aparecen destruidos, alterados, y algunos con un centro calcáreo. Cicatrización perfecta de la herida con orina algo turbia al abandonar la clínica.

Caso 8: - Enfermo de 24 años. Hace 3 sufrió escarlatina seguida de nefritis hemorrágica. Desde entonces suele tener accesos dolorosos renales con hematuria, repetidos muy a menudo. Desde hace 3 meses tiene fiebre continuamente y en el último mes abscesos en el pecho. Es persona muy débil. En los pulmones ningún ruido confuso, ninguna congestión.

El riñón izquierdo es palpable y sensible al tacto. Oliguria: 600-800 cm<sup>3</sup>. La orina contiene sangre y 7% de albúmina. Sin cilindros.

La orina de cada riñón por cateterismo da.

Riñón derecho

Riñón izquierdo.

Clara

turbia oscura

sin sedimentos

sangre + + +

sin albumina

leucocitos = + + +

Punto de congelación de la sangre 0.57.

A causa de los fuertes dolores persistentes y de las pérdidas de sangre se extirpa el riñón izquierdo. Se demuestran las lesiones de una nefritis intersticial crónica.

Caso 9.º — De 23 años. Este enfermo sufrió hace un mes un tratamiento por cáncer y anemia

considerable, pero nunca ha estado seriamente enfermo. Desde hace 3 semanas tiene hematuria y á veces tiene dolores renales. Es un hombre de exterior muy anémico. Congestión de ambos vertices pulmonares. Orina roja conteniendo sangre y albúmina. Sin fiebre. Región renal sensible, sobre todo la del izquierdo.

El examen de la orina de cada riñón obtenida por cateterismo da.

Riñón derecho	Riñón izquierdo
Clara	Turbia con sangre
Albúmina = tuellas	Albúmina
Cilindros = 00	Cilindros: 000
Urea = 5'5.	Urea = 5'5.

Punto de congelación de la sangre 0'56.

Por sospecha de tumor se descu-

bre el riñón izquierdo que se encuentra microscópicamente sano. Nefrotomía con excisión de pequeñas porciones hecha en regiones diferentes. Sutura del riñón y taponamiento de la herida. El paciente quedó en observación todavía 2 meses. La herida se había curado bien. La sangre no ha aparecido durante ese tiempo en la orina, pero ha aumentado la albúmina hasta alcanzar la cifra de uno por mil y aun más. También había cilindros. El punto de congelación de la sangre alcanzó a 0'59 el día que salió del hospital. El examen microscópico del tejido dió: en la sustancia cortical había infil-

traciones del tejido intersticial que era considerable en ciertos campos. Sufusiones sanguíneas en la cápsula de Bowman y en los tubuli contorti. Diagnóstico: nefritis aguda con sufusiones sanguíneas en la cápsula de Bowman y en los tubuli.

Caso 10. - Enfermo de 25 años. Nunca había estado gravemente enfermo. Observe desde hace un año que á menudo tiene sangre en la orina sin sentir dolores en la región renal ni en la hipogástrica. Hace 6 semanas sintió algunos dolores en la región del riñon derecho. De vez en cuando la orina estaba exenta de sangre. Es un hombre sano pero de exterior pálido.

Los riñones no se palpan y solo es algo sensible el izquierdo. La vejiga se ve sana con el cistoscopio y el examen de la orina de cada riñon obtenida por el cateterismo ureteral dió el siguiente resultado.

Riñon derecho	Riñon izquierdo.
Urea : 24	Urea : 21.
Cilindros: 00	Cilindros: 000
Algunas células epiteliales	Células epiteliales
Albumina: 00	varias células granulosas
Sangre: 000	Albumina: +
	Sangre: + + +

Punto de congelación de la sangre: 0'56.

Suponiendo un tumor se descubrió el riñon izquierdo el cual macroscópicamente parece sano. <sup>5</sup> Nefrotomía y extirpación de pequeños trocitos que demuestran

lesiones intersticiales y epitelios separados, pigmentados y rotos. Después de un año se repiten las hematurias.

Caso 11. - De 31 años este enfermo, sin ninguna tara hereditaria ni enfermedad alguna anterior a la actual. Al fin de 1906 principian las hematurias acompañadas de dolores renales en la región del derecho. Hombre fuerte y robusto. Ninguna otra tara visceral. Orina con sangre y conteniendo albúmina.

El examen de la orina de cada riñon obtenida por cateterismo ureteral da el siguiente resultado.

Riñon derecho

Urea: 7'6

leucocitos

Epitelios: +++

Albumina: +++

Sangre: +++

Cilindros: ++

Riñon izquierdo

Urea: 6'3

Algunos leucocitos

Epitelios: oo

Albumina: ooo

Sangre: ooo

Cilindros: ooo.

Punto de congelación de la sangre 0'53.

La prueba de investigación histológica en los trocitos separados del riñon derecho nefrotomizado, demostraba tejidos sanos macroscópicamente y microscópicamente mostraba variaciones ligeras de nefritis idénticas a las ya es- en anteriores casos.

Caso 12. - Enfermo de 20 años. El paciente nunca ha estado enfermo procede de familia sana. una nefritis en Otoño de 1903.

Después sano hasta la primavera de 1905 en cuya fecha enfermó nuevamente de lo mismo. Desde entonces la orina nunca ha estado sin albúmina y casi siempre con sangre. Nunca ha tenido dolores renales.

Es un hombre pálido deficientemente alimentado. Condensación ambos vértices pulmonares. Señales anémicas del lado del corazón. Abdomen insensible, así como la región renal. La orina tiene albúmina y sangre.

El cateterismo ureteral nos da orina separada de cada riñón.

Riñon derecho	Riñon izquierdo
Urea: 18'8	Urea: 13'1
Albumina: +++	Albumina: +++
Cilindros: +++	Epitelios: +++
Epitelios: +++	Lencocitos
Lencocitos	Mucha sangre
Sangre	

Habiendo resultado ineficaz la medicación interna se decidió la intervención que consistió en la decapsulación de ambos riñones. El enfermo curó y se dio de alta en Mayo. Todavía había en la orina señales de albumina, pero no de sangre. Se presentó de nuevo después de medio año, estando la orina completamente libre de albumina y sangre, y siendo el estado subjetivo inmejorable.

Caso 13. - (Privado) Es un Señor anciano: En invierno notó sangre en la orina. Se renunció a la cistoscopia. Medio año más tarde considerables hematurias, que aminoraban al enfermo. La cistoscopia indicó que la sangre procedía del riñón derecho y que la orina del izquierdo carecía de sangre y albúmina. La orina extraída por cateterismo del riñón derecho tenía albúmina, pero no cilindros. Operación: Nefrotomía, indicando el análisis histológico de varios trozos extirpados del indicado riñón derecho ligeras alteraciones en especial alrededor de los glomérulos. Curación completa.

Es esta la serie de casos observados por Ketzemborg que cito integra porque todos ellos son interesantes, y me han de servir para sacar luego conclusiones y para probar mis razonamientos examinados a probar la no existencia de las pretendidas hematurias esenciales, ni de las nefralgias hematuricas que obedecen a la misma causa.

Podiamos multiplicar las observaciones, pues abundan bastante en la literatura medica, pero nos bastara con citar las ultimas de ellas: uno de Arnold Heyman<sup>(1)</sup>, otro

---

(1) Dent. Medisch. Wochs. n.º 8-1907.

de Meintal<sup>(1)</sup> (de Stúdgard) en el que se intervino por supuesta tuberculosis renal demostrando las preparaciones hechas en el Instituto patológico de Gubinga, que no existían alteraciones que explicasen la causa de la hemorragia; el de H. Krotchener<sup>(2)</sup>, en el que sí se encontraron lesiones nefríticas, y los 4 de Reyner<sup>(3)</sup>, tres de los cuales presento en la discusión habida sobre el particular en la Sociedad de Cirujía de París y en los que se demostraron igualmente lesiones nefríticas.

---

(1) Dent. Medicin. Woch. n.º 21-1907

(2) Dent. Medicin. Woch. n.º 27-1907.

(3) Presse Médicale - n.º 93-1906.

Existen en la actualidad 160 casos publicados de estas pretendidas hematurias esenciales, bien estudiados y de ellos solamente, en el caso de Kleinthal estudiado en el Instituto anatómico de Gubinga y en el de Spencer, citados por Kotumberg en su trabajo<sup>(1)</sup> y en el caso del Dr. Schede (de Bonn) y en los 5 de Durham, Klemperer, Graef, Lombeau y Leberaques, citados estos últimos en el Tratado de Cirugía clínica y operaciones de V. Berguau, no se han podido encontrar lesiones que expliquen las hematurias.

También citaré, ya que a ellos me referiré después, los seis casos de

---

(1) *Medizinischen Klinik y Zeitschrift für Urologie* (ya citados).

hemofílicos observados por Kotzernberg<sup>(1)</sup> en los que nunca se observó hematuria y también juzgo pertinente llamar la atención hacia el hecho observado de que en los hematuricos que eran hemofílicos se demostraron lesiones nefríticas como en el caso de Senator<sup>(2)</sup>, en el que Sonnenburg, al fracasar otros medios prácticos la nefrectomía, si bien este individuo solo tenía de hemofílico el proceder de una familia hemofílica, y en el de Umberto hemofílico que tenía hematurias por un tumor renal que se encontró en la intervención.

---

(1) Dent. Medic. Wochs. n.º 43-1907 (1.º Congreso de la Sociedad alemana de Urología Octubre de 1907.)

(2) Tratado de cirugía clínica y operatoria de V. Bergman.

La única observación, que antes de entrar en materia me permitió hacer con respecto á los 17 casos de Kotzemberg citados, es la de que en el caso 5.<sup>o</sup> se hizo la nefrotomía con el fin de estibar las hematurias, haciéndose excisiones varias del parénquima renal, en particular de su porción cortical correspondiente á los glomeruli, que es donde de preferencia se encuentran las lesiones en estos enfermos hematuricos. El examen anatómico-patológico que se hizo en busca de dichas lesiones resultó infructuoso, no encontrándose absolutamente ninguna variación del tejido. A las cuatro semanas próximamente, las hema-

turias del lado operado se repitieron tan violentamente que se hizo indicación vital la extirpación, operación que desde luego se practicó, demostrando el análisis anatómico patológico que se repitió las claras alteraciones de un proceso nefrítico en sus comienzos.

Idéntica observación puede hacerse en un caso de Krotzner<sup>(1)</sup> de la clínica de Zuckerkandl que se profotomirado primero y analizadas las pequeñas porciones, que se extirparon no se demostró alteración alguna anatómico-patológica, demostrándose más tarde lesiones claras de nefritis en sus comienzos, cuando la

---

(1) Medizinischen Klinik n.º 50-1907.

intensidad de las hematurias que no se colibieron, como de ordinario ocurre con la nefrotomía, obligó á una intervención más seria, practicándose se la nefrectomía.

x  
x x



La hemorragia, proceda de donde quiera, es un síntoma alarmante para el enfermo, y lo es mucho más, cuando ella procede de alguna víscera, cuya lesión, nunca de poca monta, es siempre considerada por ojos profanos como de una significación tal, que basta por sí, no solo para hacer acudir al médico, cosa que los dolores y las molestias de alguna otra índole no hubieren podido conseguir, sino también para obligarle a aceptar una intervención, que igualmente indicada por otros síntomas, no es igualmente

aceptada por el paciente. Gracias á ella deben la vida individuos que han sufrido intervenciones precoces en enfermedades que como las neovirformaciones, tuberculosis, etc, solo en tales condiciones son curables. Por lo que á nuestro objeto se refiere, tambien hacen las hematurias que al médico acuda prontamente el enfermo, pero cuando, y ello ocurre más veces de lo que fuera de desear, solo es el sintoma hematuria lo que ofrece el enfermo, aun cuando vaya acompañada de dolores espontáneos ó provocados, que para el caso bien poco significativos son de ambas maneras, se ve perplejo el clínico en la resolución

de problemas tan áridos como son: saber á qué porción del árbol genito-urinario corresponde la causa, y cual es esta causa, ó sea la enfermedad que la produce, para hacer un diagnóstico etiológico, y decidir la intervención que con arreglo á la patogenia conviene plantear, para que de este modo sea todo lo científica que debe ser la terapéutica.

Necesita el práctico ante todo, localizar la hematuria con lo que ya eliminara una porción de enfermedades aclarando el problema, y para ello recurre á distintos procedimientos. Analiza la orina por si en ella se encuentran cilindros hematu-

ricos que no dan lugar á duda por haberse moldeado en los túbuli del riñon; investiga los cilindros, los detritus epiteliales, la albúmina igualmente reveladora de proceso renal; trata de encontrar largos cilindros moldeados en el ureter y expulsados por cólicos, á veces, que el interrogatorio minucioso acusa y que son la causa de que la orina, segun nos refiere el enfermo á las veces sea clara, cuando el ureter está obstruido por el coágulo, y en otras ocasiones fuerte y totalmente teñida de sangre cuando el cólico ó la fuerza que la gran cantidad de orina retenida por detrás del coágulo mecánicamente le ex-

pulso á la vejiga, ocurriendo estas alternativas á veces en el mismo dia, y cuando todo ello nada en concreto le dice, porque hay casos en los que solo la sangre añadida á la orina es el único sintoma objetivo, trata de ver en la manera de estar mezclados sangre y orina su origen renal ó vesical, y entonces le resulta muy instructivo el procedimiento de Guyon, que nunca, ni aun en los casos claros, debe dejarse de hacer, y que está basado en que la mezcla de sangre y orina cuando la sangre procede del riñon es total, sin estar la orina más colorada al principio que al final, ni que

durante la micción, cosa que no ocurre cuando la hematuria es vesical, pues entonces suele estar al final de la micción la orina más fuertemente teñida, expulsándose en ocasiones casi sangre pura, ni en los prostaticos verdaderos como ocurre en la carcinoma-prostatopelviana en la que la hematuria es inicial (En los prostaticos retencionistas son realmente la vejiga y aun el riñón, por coexistir nefritis los que dan mayor cantidad de sangre) y una sonda llevada hasta la próstata la produce fácilmente. Se comprueba haciendo que el enfermo orine en tres vasos, y se ve si es el pri-

mero ó el tercero el más colorado ó si lo están igualmente, los tres. Puede hacerse también con una sonda de Nitaton y ver luego al final de la micción si la malaxación ligera de la vejiga hace salir sangre casi pura, lo que suele ocurrir cuando la causa reside en la vejiga, pero es más sencillo el procedimiento de los tres varos.

Pero hay ocasiones en que la hematuria (cuando es abundante la cantidad de sangre) es total, aun siendo su origen vesical, ó es dudoso apreciar su carácter total ó terminal, y entonces, se recurre con la seguridad del éxito, al examen

cistoscópicos que demuestran la existencia o no de lesión vesical, que también en ocasiones, como en el comienzo de una tuberculosis vesical, es difícil, o cuando menos, viendo salir la sangre de uno o de los dos ureteres, no cabe duda acerca de su origen renal y, lo que es más preciso para la terapéutica, dice también, qué lado es el causante, y si el cistoscopio es de los que permiten cateterizar el ureter, permite recoger, al igual que los separadores, también empleados con este objeto, la orina de cada riñón, que convenientemente analizada, nos demostrará la aptitud funcional de cada

riñón, sin cuyo conocimiento no hay que pensar en serias intervenciones renales sin temor a serios fracasos.

Diagnosticado así el origen uretero-renal de la hematuria y el lado afecto, y explorado el valor funcional del riñón sano, sin cuyos datos sería ilusorio pensar en una científica intervención activa, nada podemos saber con certeza del nombre de la enfermedad que le da origen sin ayudarnos de otros síntomas, que tampoco en todas las ocasiones son lo suficientemente demostrativos para hacer un diagnóstico antes de descubrir el riñón, teniendo esta intervención, cuando no es posible hacer diagnóstico pre-

vio, tanto de diagnóstica como de terapéutica.

En presencia de una hematuria, dice Guyon, hay que pasar revista, como si contara con los dedos, á las causas de hematuria renal, vesical y prostática, y nosotros, una vez puesta en claro su origen uretero-renal y pudiendo excluir las de otras causas, diremos que hay que pasar revista, como si se contaran con los dedos las diversas causas de hematuria uretero-renal.

Sucinta será esta revista, haciendo un diagnóstico de cada una de ellas hasta donde sea posible, y luego, en un pequeño capítulo dedicado al concepto clínico de las hematurias

esenciales angioneuróticas y de las neuralgias hematuricas, pretendemos probar la no existencia de ellas como simple trastorno dinámico, aportando cuantos razonamientos veamos precisos, para que se las estudie en adelante como un grupo de las nefritis, ya que nefritis parcelarias son, como veremos, disminuyendo con ello el número de enfermedades esenciales, cada vez más reducido, y terminaremos viendo el tratamiento que les conviene, explicando su acción según la patogenia más admisible a nuestro entender.

Las hematurias, siempre para nosotros sintomáticas, lo pueden ser de enfermedad general ó bien localizada en los riñones.

La hematuria puede presentarse en un gran grupo de enfermedades generales, entre las que ocupa un primer lugar la escarlatina, cuya especial predilección por los riñones es de todos conocida. Las enfermedades infecciosas, y particularmente las fiebres eruptivas (sarampión, viruela, purpura, eritemas) revisten con frecuencia la forma hemorrágica y las hematurias son en su curso una de tantas hemorragias,

que en ellas se presentan. El reumatismo articular agudo puede, según Dieulafoy, ocasionar verdaderas hematurias tambien.

Pero no son estas hematurias tambien las que á nosotros nos interesan, y solamente las citamos para señalar su existencia.

Existe una causa de hemorragias renales entre nosotros desconocida, pero que interviene en la etiología de un gran número de ellas en los países cálidos, y cuyo mejor tratamiento consiste en el traslado de clima. Todas las de este grupo son producidas por parásitos especiales como el Sistoma hematobicum Bilhartz, la filaria sanguinis hominis, el

Strongilus gigas y el nephrophages  
sanguinarius descrito reciente-  
mente por Magake y Senba  
que lo han encontrado en el Ja-  
pón. Dichos parásitos junto con  
otros síntomas peculiares a ca-  
da uno de ellos producen he-  
maturias que se acompañan,  
salvo en las producidas por  
el último, de quiburia. El ne-  
phrophage se acompaña de  
fibrinuria.

Las orinas hematuricas  
y quiburias producidas por los pri-  
meros se separan por el reposo  
en tres capas; la superior qui-  
bosa, la media formada por  
la orina más o menos clara  
y la inferior en la que se en-  
cuentra la sangre.

Fuera de estas dos importantes fuentes etiologicas puede todavia encontrarse la hematuria como sintoma de un gran numero de procesos para nuestro objeto más interesante, y a los que pasaremos revista.

Encuéntrese entre las cuatro causas que con más frecuencia y con mayor intensidad dan lugar a la hematuria por mezcla en las vias altas de orina y sangre extravasada los traumatismos ureterorenales y en particular los renales, pues de los primeros pocos son los casos que la literatura médica conoce, y son, por otra parte, fáciles de diagnosticar, con solo tener en cuenta el sitio en

que actúo el traumatismo, que en modo alguno pudo alcanzar al riñón y sí al ureter (me refiero á las contusiones del ureter, en las que siempre es poco considerable la hematuria, pues sus traumatismos de mayor entidad van acompañados por lo general de otras lesiones viscerales que hacen difícil todo diagnóstico). En los traumatismos del riñón la hematuria es el síntoma más constante y el más importante, aunque ello no quiera decir que no falte en ocasiones. Cuando es poco importante y tiene tiempo de coagularse en la pelvis y el ureter, sólo aparece en la orina algún tiempo después del accidente traumático y precedi-

da de un cólico necesario para expulsar el coágulo. Cuando es más abundante, puede coagularse en parte en la vejiga, y entonces salir fragmentado el coágulo y mezclada con orina más o menos sanguinolenta, y en otras ocasiones puede la sangre coagularse en totalidad en la vejiga y no sale orina, o solo algunas gotas muy poco teñidas. Pero puede en ocasiones ser tan escasa la cantidad de sangre perdida, que no pueda coagularse, y sale teniendo más o menos la orina. El color de ordinario pardo, de peso de café, indicando una larga acción de la orina sobre la sangre, puede ser rojo vivo cuando la sangre sale al

exterior luego de extravasada. Esta hematuria primitiva cesa en fecha más o menos del momento del accidente, según la gravedad del mismo, considerándose como importantes, cuando duran más de diez días. Puede la hematuria reproducirse de una manera secundaria por desprendimiento del coágulo, por ofrecer éste poca resistencia o por disgregarse a consecuencia de una infección. Otras veces, la hemorragia secundaria es debida al desprendimiento de un coágulo que obstruía el ureter. Al mismo tiempo que la hematuria se presenta, disminuida la cantidad de orina que puede llegar a la amuria por

inhibición del riñón traumatizado y del congenere, y una tumefacción renal mal delimitada é inmóvil, en la región lumbar si la contusión no es subcapsular y si no tiene una fácil comunicación con el exterior como en ciertas heridas amplias. Dicha tumefacción es difícil de delimitar á la exploración manual, por existir una contractura de defensa en relación con el dolor que dicha exploración despierta. Aparte, nos encontramos con la lesión que el traumatismo ocasionó en las partes blandas, y con los equimosis secundarios que en la parte inferior de la región lumbar y en la región de las

bolsas puede presentarse. Agravando el estado del enfermo y ocurriendo el síndrome e impidiendo toda intervención, pueden las hematurias traumáticas acompañarse de Shock.

La tuberculosis renal puede como, es bien sabido, dar origen a una porción de cuadros clínicos que, según sean más o menos completos, hacen más o menos difícil el diagnóstico. También esta localización bacilar da lugar a hematurias, que a veces en ciertos casos por su intensidad y duración de uno a varios meses, y ausencia de todo otro síntoma, hacen imposible otra cosa que no sea un diagnóstico de presunción.

Por lo general es la hematuria poco abundante y pasajera, indolora, espontánea e independiente del movimiento o del reposo. Se presenta de ordinario al comienzo de la enfermedad, y es mucho más frecuente en la tuberculosis renal de origen circulatorio que en la de origen ascendente.

Observados al microscopio los leucocitos del residuo obtenido por centrifugación de la orina se aprecia, según lo ha demostrado por primera vez Colombino,<sup>(1)</sup> de Turin, que están deformados y su contorno es irregular, dentellado. Son micriformes.

---

<sup>(1)</sup> Annales des maladies des voies urinaires - 1906.

y poseen un protoplasma limitado por pequeñas burbujas, siendo imposible distinguir su núcleo y las granulaciones protoplasmáticas, pero desgraciadamente, como veremos al hablar del diagnóstico, no es constante este síntoma según demuestra 'Moscou' <sup>(1)</sup> de Bucarest.

En los primeros periodos de la enfermedad es solo la hematuria acompañada de un poco de disuria y de algo de poliuria límpida lo que la indica. En ocasiones, es solo el dolor en forma de violentos cólicos acompañada de disuria, como ocurre en la forma dolorosa, pe-

---

(1) Presse médicale. 5 Enero 1907.

no más tarde, cuando se llega al periodo de estado, se añaden la piuria, el tumor renal y el dolor, á los que pueden añadirse síntomas vesicales producidos unas veces reflejismo y otras por verdadera cistitis tuberculosa, y síntomas generales.

La piuria es precoz en las tuberculosis ascendentes, y tardía en las corticales ó hemáticas, como se comprende fácilmente. En los grumos caseosos que van mezclados con el pus, es donde hay que buscar el bacilo de Koch, que se encuentra pocas veces, y hasta algún autor, <sup>(1)</sup> Morcou, de Bucarest, afirma no ha

---

<sup>(1)</sup> Presse médicale. 5 Enero 1907 (Trabajo ya citado)

ber encontrado nunca dicho bacilo, ni en ausencia de toda otra clase de microbios en las pionesis tuberculosas. Según Levert y Vogel la existencia de detritus del tamaño de una cabera de alfiler constituye un signo patognomónico de la tuberculosis.

El dolor es síntoma de poca importancia diagnóstica, casi constante á la presión en el ángulo costo-vertebral; puede espontáneamente presentarse desde el principio y es debido á varias causas: cólicos de expulsión de coágulos, concreciones forfáticas secundarias ó residuos caseosos, ó es producido por la congestión renal que aumenta.

su volumen bajo la cápsula propia inextensible, siendo en este caso, igual su patogenia que la de los dolores que luego veremos, que acompañan en alguna circunstancia á las pretendidas hematurias esenciales, que en este se apellidan nefralgias hematuricas por los que admiten su existencia como entidad nosológica autónoma.

La orina de ordinario ácida, á no sobrevenir infección secundaria puede, cuando se produce hidronefrosis por obstruarse el ureter, quedar nuevamente clara, y entonces, analizando esta orina que procede del otro riñon, podemos apreciar el valor funcional de éste sin

necesidad de cateterismo ureteral  
o de divisor vesical.

Los fenómenos vesicales,  
algunos de ellos de verdadera  
importancia diagnóstica, son  
debidos en un primer periodo  
a reflejos del riñón, y consisten  
en la disuria, que hemos vis-  
to es de los primeros síntomas  
en presentarse, en la polaqu-  
uria, etc.; más tarde se produ-  
ce una verdadera cistitis tuber-  
culosa, sin fase previa de tuber-  
culosis vesical, con todos sus sín-  
tomas. En el primer periodo  
de verdadera excitación vesical  
se encuentran dos síntomas de  
importancia grande en el  
diagnóstico de una afección,  
que tan difícil de reconocer

es en ocasiones, que son: el examen cistoscópico de la desembocadura del uréter correspondiente al riñón tuberculoso y la agravación de los síntomas por el tratamiento clásico de los catamos vesicales, los lavados con nitrato de plata.

El examen cistoscópico muestra la mucosa de la desembocadura del uréter fuertemente inyectada, y además, en el territorio del trigono y sobre la mucosa, que por lo demás, goza casi de completa integridad, un número mayor o menor de manchas fuertemente enrojecidas, que según Willy Meyer "se asemejan á las

<sup>13</sup>A. Sousson. - Maladies des voies urinaires - (capítulo de tub. renal.)

huellas del pie en nieve reciente que permite reconocer con admirable claridad las pisadas del enemigo en un campo hasta entonces todavía no atacado."

Los síntomas generales, se asocian á la hematuria y demás síntomas en una fecha en que el diagnóstico es ya fácil, pues ello ocurre en una época avanzada en, que á la tuberculosis abierta se asocian infecciones secundarias, y consisten en escalofríos, fiebre de tipo intermitente, suflaquecimiento, inapetencia y debilidad del enfermo.

Otra causa de hematurias, importante en frecuencia y en intensidad, la encontra-

mos en la litiasis, constituyendo la hematuria á veces, aunque ello es raro, el único sintoma; como ha ocurrido en los casos de Hartmann y Roger (1) y en los que únicamente guardaba la hematuria cierta relación no dudosa, con el trabajo de la digestión.

Es un caso historiado por A. Pousson (2) las hematurias espontaneas que sobrevinian, eran debidas á los accesos congestivos determinados en el riñón por la retención de la hidronefrosis concomitante que existia.

L. Sourdille (3) insiste también

---

(1) A. Pousson - Maladies des voies urinaires (lithiasis renal).

(2) A. Pousson - Maladies des voies urinaires (lithiasis renal).

(3) L. Sourdille - Contribucion al estudio clinico de la litiasis renal - Presse medicale 3 abril 1907.

acercas de la frecuencia con que espontáneamente se presentan hematurias en el proceso litiasico renal y que son debidas á la nefritis litiasica doble que siempre existe complicando los cálculos, aunque ellos sean unilaterales, nefritis que con ser bilateral solo da lugar á hematurias del lado del cálculo que por acción de presencia dice él, provoca accesos congestivos, que al sobrevenir sobre base nefritica y por lo tanto con vasos friables, dan origen con facilidad á estas hematurias, al parecer sin causa ostensible. Esta conclusion tiene para nosotros gran importancia, pues nos demuestra, como un proceso nefritico de

intensidad escasa, puede producir hematurias abundantísimas; patogenia que como más adelante veremos, es aplicable á las hematurias llamadas esenciales y á las neuralgias hematuricas. Por lo general, la hematuria solo es espontanea cuando el cálculo ha aumentado mucho de volumen y con él, las lesiones renales.

Fuera de estos casos, y mientras permanece aséptica la orina, en la hematuria acompañada de dolores se funda el diagnóstico de la litiasis; y como los mismos síntomas pueden ser los únicos que denuncien una tuberculosis renal no abierta, un tumor maligno

del riñón ó una neuralgia hematurica ó hematuria esencial, se comprenderá la necesidad de precisar las condiciones que acompañan á dichos síntomas, haciéndose en ocasiones, no muchas afortunadamente imposible el diagnóstico.

El carácter patognomónico, tanto de la hematuria como de los dolores, es el de ser provocados por los movimientos, ó cuando menos, acrecentados. Los sufrimientos, por lo general, no quedan limitados á la región lumbar, sino que se irradian, aun fuera de los casos de cólico por emigración, á la pared, al testículo, hacia el riñón del lado sano (re-

flejo reno-renal) hacia la vejiga (reflejo reno-ureteral). Varía muchísimo el sintoma dolor según que el cálculo sea móvil o este estrechamente rodeado por el parénquima renal, según pueda o no introducirse en el ureter por su tamaño, o según dé lugar á retenciones por su posición, y finalmente según el proceso sea aseptico o se le haya anadido la infección.

Algunos, Brook entre ellos, han considerado el dolor provocado por una fuerte percusión en la región lumbar y sitio correspondiente al riñon como un sintoma patognomónico.

Campoco es patognomóni-

co el cólico nefrítico, si luego no va seguido de expulsión de arenillas o cálculos, o se demuestra de otro cualquier modo la presencia de cálculo, pues el cólico no tiene otra significación que un aumento de tensión de la cápsula renal que puede ser producida por congestión activa o pasiva del riñón o por una estancación de orina en la pelvis renal, por cualquier obstáculo que se oponga a su salida; cálculo o coágulo introducido en el ureter, o que por sus dimensiones impiden el acceso al mismo, torción del ureter o válvula que se oponga a la salida de la orina.

Campoco puede servir gran cosa para clarificar á la hematuria como dependiente de litiasis renal el hecho de la anuria refleja que á más sobreviene durante los cólicos nefríticos; y que si bien en algunas ocasiones es producida porque el riñon congenere falta ó está muy alterado, no es posible negar se produzca por mecanismo reflejo, aun cuando el arco reflejo no esté bien claramente determinado, siendo el punto de partida del reflejo, no solo la obstrucción del ureter por un cálculo ó por cualquier otra causa, sino por algo que irrite los nervios que entran por el pedículo,

cuya excitación va seguida de anemias con anuria según ya demostró Claudio Bernard.

El aumento de volumen del riñón cuando sobreviene la retención, á menudo infectada, que de ordinario suele ser en fecha tardía, tampoco es característico, y únicamente el cateterismo ureteral con las sondas elásticas de cúpula metálica, propias para esta clase de reconocimientos y los rayos Röntgen, salvo en caso de cálculos de ácido úrico ó de ureto al estado puro, dan signos de certeza que espontáneamente pueden también darse cuando se expulsan arenillas y cálculos en la orina.

Tambien, y á consecuencia de marchas ó ejercicios violentos y penados, puede presentarse hematuria en los casos de cálculos ureterales, cuyo diagnóstico cuando lo que es rarísimo, nada hay, que haga sospechar la litiasis renal que le dio origen, pues el cálculo nacido en el ureter se da en muy pocas ocasiones, es difícilísimo y rotamente el cateterismo ureteral y los rayos Röntgen pueden algunas veces decidir el diagnóstico de la afección, que sin estos datos y sin la hematuria puede confundirse con gran número de enfermedades del aparato urinario ó de los vecinos.

Los síntomas de imita-

cion venial, aun permaneciendo sana la vejiga, adquieren mucha intensidad, como en la tuberculosis renal, en la litiasis, mientras que ellos son más raros en los casos de noviformaciones, lo que puede tener cierta importancia diagnóstica.

Un gran número de hematurias es debido a las noviformaciones que con los traumatismos, tuberculosis y cálculos ya estudiados resumen la mayor parte de la etiología de esta clase de hemorragias. La hematuria en los tumores renales no es constante, falta según Senaclaro en el adulto en una tercera par-

te de los caros, y en el niño en dos teneras partes. En general, y de un modo admitido por todos los autores, se presenta en los adultos solamente en un periodo avanzado, cuando el tumor ha adquirido cierto desarrollo, pero en los tumores del niño se presentan al comienzo de la afección según Senaclaro, mientras que para Heresco seria tardía en dicha circunstancia.

Sin embargo, en ocasiones es uno de los síntomas más pronto en aparecer y no raras veces en un 26 6 % de los caros, según la estadística de Chevalier<sup>(1)</sup>, constituye el síntoma más

---

<sup>(1)</sup> Tratado de cirugía clínica y operatoria de V. Bergman.

prematureo del desarrollo renal de una neoformación.

Esta hematuria reconoce por causa en un gran número de casos la ruptura de vasos antiguos corroídos por la neoformación o la ruptura de los vasos neoformados en el tejido patológico, pero hay que reconocer la parte que en su producción toma la congestión del riñón que envuelve a la neoplasia.

La hematuria es espontánea en su aparición y caprichosa en su duración y desaparición que es también espontánea. Se ordinario es muy abundante e indolora en su aparición, curso y terminación, debiéndose

los dolores cólicos que en ocasiones se producen al aumento de tensión de la capsula renal como ya hemos explicado anteriormente.

La duración de las crisis hematuricas suele ser de 6 à 8 dias. La orina nada de particular presenta, sino albumina en ocasiones, cuya causa es debida à las alteraciones que en la velocidad circulatoria experimenta la sangre por compresión que ejerce la neoplasia retardando la corriente circulatoria. En no poca parte es debida à transudación que tiene lugar del neoplasma.

El examen histológico de los nidos de neoviformacion ex-

pulsados con la orina, solamente es característico cuando estos fragmentos son bastante voluminosos y no están muy alterados.

Los dolores que acompañan a la hematuria no son característicos, siendo algo más positivos los datos que nos proporciona la palpación cuando la neoplasia ha alcanzado una fecha lejana de su comienzo o al principio de su evolución cuando aienta en el polo inferior del riñón.

Son signos de ser tenidos en consideración para el diagnóstico, el de J. L. Petit y Guyon que se refiere al varicocele sintomático por compresión de la ve-

mas espermáticas por el tumor, y más particularmente por las masas ganglionares y el estado febril que Israel ha hecho notar.

Mayor importancia tiene para diagnosticar la clase de hematuria de que se trata, es el hecho de no encontrarse los síntomas de una irritación vesical que tan frecuente es en la tuberculosis y en la litiasis, siendo además muy precoz en la tuberculosis.

El síntoma, considerado como patognomónico de los tumores malignos del riñón por Israel<sup>(1)</sup>, presencia en la orina

---

<sup>(1)</sup> Trát. de ciruj. clín. y operat. de V. Bergman.

de coágulos blandos blancos, amarillentos y hasta rojizos y en forma de oxiuros ó de tamaño algo mayor y formados por una sustancia fundamental fibrinosa, con incluidos eritrocitos y leucocitos, esferas granulo-grasosas y epitelios, no es así estimado por ningún otro autor.

No puedo dejar de mencionar como sintoma que en ocasiones es una fuerte presunción, cuando no da casi absoluta seguridad, de tumor maligno renal, la coexistencia de metástasis de hipernefroma, fácilmente diagnosticables, con las hematurias, que en esta variedad de tumores malignos de riñón (que en otras ocasiones, y de ello son

buen ejemplo los dos casos publicados por Hoffmann,<sup>(1)</sup> solo se revela clínicamente por estas metástasis) son á veces muy precoces y muy intensas extenuantes.

Junto á estas hematurias causadas por los malignos tumores del riñon, bueno será, para que no resulte incompleto este trabajo, llamar la atención sobre las hematurias que pueden provocar la neoplasias epiteliales y mesodérmicas del ureter y pelvis renal. Gracias á los trabajos de Albarrán, que ha hecho de ellos una historia completa, ocupan

---

<sup>(1)</sup> Presse médicale 23 Enero 1907.

hoy en la literatura quirúrgica un lugar independiente de las neoplasias del riñón con las que hasta ahora se englobaban.

La hematuria del ureter neoplásico es también espontánea, caprichosa en su duración, indolora si no obstruye por algún coágulo la luz ureteral y da lugar á cólicos por el consabido aumento de tensión de la cápsula renal, no modificada por el reposo ni el movimiento, desapareciendo de un modo igualmente espontáneo, siendo total y bastante abundante en ocasiones. Falta en una tercera parte de los casos. El dolor falta en las tres cuartas partes, y no es nada característico, como tam-

poco lo es el tumor renal que produce en ocasiones la retención de orina, ó de orina y sangre, á la que se añade pus cuando hay infección. Solamente pueden caracterizar á estas hematurias, y no de un modo absoluto, el examen histológico de las orinas, enseñando á veces grandes cantidades de células alargadas y groseramente cilíndricas, cuando el examen cistoscópico demuestra la no existencia de tumor vesical alguno. A veces, por el cateterismo ureteral se puede evacuar la hidronefrosis hematurifrosis ó hidropionefrosis y encontrar en el líquido evacuado dichas células que no suelen encontrar-

se en los tumores renales.

En un caso, único hasta el día, Albarrán pudo diagnosticar con ayuda del cistoscopio una neoviformación ureteral, al ver salir por la desembocadura del ureter vellosidades papilomatosas.

Otra causa de hematuria poco abundante con la que se puede encontrar el clínico es la enfermedad quística del riñón descrita por primera vez por Bayer. Acompañan a la hematuria, sin poderla sin embargo caracterizar, ya que ella sola no es en sí suficiente, los dolores poco acentuados y variados de ordinario, en forma de cólicos otras veces, y

ciertos trastornos en la orina que tienen ya cuando se presentan mayor significación y que en general revelan una disminución de la permeabilidad renal, como ocurre en las nefritis crónicas de predominio intersticial. Son la poliuria y polaquimuria, la disminución de la densidad y casi siempre la existencia, aunque en pequeña proporción, de albúmina.

La hematuria es intermitente, y como hemos dicho, poco abundante. Como dato importante de presunción y que presta servicios en clínica citaremos el de que es una enfermedad hereditaria y familiar.

Cuando la hematuria, que

es aquí, con los cólicos, el síntoma alarmante se presenta en una época avanzada, casi con seguridad encontraremos por la palpación metódica la existencia de un aumento de volumen renal, bilateral y abollonado y de importancia diagnóstica grandísima.

Los quistes aislados no dan de ordinario, lugar á más síntomas que ligeros trastornos digestivos y á un aumento de volumen unilateral y abollonado en ocasiones, remitente ó fluctuante, de difícilísimo diagnóstico. Solamente cuando ellos son hemáticos, de patogenia tan desconocida como la de los serosos simples,

se acompañan de hematurias bastante á menudo.

Hematurias se encuentran tambien, como sintomáticas de aneurismas espontáneas de la renal, en cuyo caso puede ser única y abundantísima, reclamando nefrectomía de urgencia, ó de aneurismas traumáticas acompañándose entonces de un aumento de volumen y encontrándose en su anamnesis el antecedente de un traumatismo, siendo dicha hematuria, á las veces tan persistente, que obliga á intervenir, nefrectomía que tambien está indicada cuando las hematurias son intermitentes y abundan-

tes que también ello es frecuente. El tumor que se aprecia á la palpación tiene importancia cuando se comprueba su aparición simultánea con el traumatismo y la hematuria. No se observa soplo ni pulsación alguna, sin duda por la estrechez de la arteria renal en relación con el saco.

También se observan hematurias por lo general muy poco abundantes, y que no exigen intervención alguna aparte de la médica é higiénica pertinentes, después de conmociones, y de grandes y prolongados esfuerzos corporales como en las marchas forzadas etc. Klemperer <sup>(1)</sup> vio presentarse la hematu-

(1) Tratado de cirugía clínica y operat. de V. Bergmann.

ria en un oficial despues de un paseo à caballo de 7 horas, y otra, en un joven despues de un largo paseo en bicicleta. Leiden<sup>(1)</sup> observó un caso análogo en un médico anciano despues de un largo paseo por la montaña. La orina en estos casos no presenta alteración alguna, aparte la hematuria que cesa en cuanto un reposo decide la curación.

La poca duración de la hematuria y su fácil desaparición demuestra, ya que como se comprende no puede haber pruebas anatómo-patológicas, que se trata de una activa congestión del riñón motivada por el exce-

<sup>(1)</sup> Tratado de cirugía clínica y operat. de V. Bezgman.

so de materiales de desecho que hay que eliminar y que han sido producidos por el exagerado ejercicio muscular. Como estas congestiones no suelen reproducirse, no pueden dar lugar á un proceso definitivo de nefritis aséptica de naturaleza intersticial que sería su consecuencia.

Tambien pueden observarse hematurias periódicas en los niños sobre los que Jussolle ha llamado la atención denominándolas epistaxis de la infancia. Como dichas hematurias en general poco importantes se presentan en niños raquíticos, con fosfaturia, y tambien acompañan á la eliminación de ácido úrico y sobre todo oxálico, que como sabemos

es mucho más frecuente en los niños que el ácido úrico, se ha creído ver en ello relación de causalidad, y se ha atribuido la hematuria al corte por dichos cristalitos del parenquima.

Sería en mi sentir más lógico admitir también como causa de dichas hematurias en tales sujetos la existencia de una nefritis esclerosa de poca importancia, ya que este proceso acompaña á casi todos los casos de litiasis, á todos según la conclusión de L. Sourdille<sup>(1)</sup> pero los de los adultos, pero no está bien dilucidada esta cuestión.

En un caso de Guyon, dos

---

<sup>(1)</sup> Presse Médicale 3 Abril 1907. (ya citado)

de Henman; dos de Albarrán y uno de Israel<sup>(1)</sup> se observaron hematurias, en casos de riñones ectópicos, á veces acompañados de violentas crisis dolorosas. En el caso de Guyon, en forma de 2 años de edad, la intervención la motivó una hematuria rebelde de 2 años de fecha, no encontrándose al descubrir el riñón y dar el corte de autopia, otra lesión que una fuerte adherencia del polo renal superior, liberado éste y repuesto el riñón, desapareció la hematuria. Albarrán también logró éxito en un caso en el que nada anormal le demostró el riñón puesto al descubierta;

---

(1) Tratado de cirugía clínica y operat. de W. Bergman.

sin embargo, en otros casos, los de Newman, se demostró la existencia concomitante de un proceso nefrítico lo que induce á pensar á los que se resisten á admitir las hematurias sin una base anatomo-patológica renal suficiente á explicarlas, en la no esencialidad de ninguna de ellas, y como luego diremos, solo en algunos casos cabe admitir, como ocurre <sup>por ejemplo,</sup> en algunas de las hematurias sobrevenidas en casos de riñones móviles, la congestión para las hematurias de corta duración habiendo en algunos casos, pues no hay aquí como en parte alguna según de todos es bien conocido salvo alguno, una transi-

ción entre la congestión y la nefritis aseptica intersticial imposible de notar salvo en casos afortunados y tratándose de expertos observadores. Prueba esta manera mia de ver este asunto, las observaciones de Kotzenberg ya citados al comienzo, y en las que no encontrándose lesión alguna, que explicara las hematurias, en una primera intervención, se demostraron luego lesiones de nefritis cuando la violencia de las hematurias hizo indicación vital una más cruenta intervención, practicándose la nefrectomia.

Los dolores que acompañan á las, en número, raras hematurias de los riñones ectópicos

son aquí como en las otras nefropatías, ocasionados la mayor parte de las veces á consecuencia de la acodadura del ureter, que impidiendo el curso de la orina y el de la sangre por acodadura simultánea de los vasos del hilio, aumentan la tensión de la cápsula renal.

Tambien en las hidronefrosis pueden ocurrir hematurias que atribuibles en ocasiones á la congestión debe en la mayor parte de las veces ser ocasionada por dicha congestión asentando sobre base nefrítica que como sabemos es tan considerable siempre, que ha sido comparada á la ci

rosis hepática por algunos au-  
tores.

Campoco ha sido bien di-  
lucidada la patogenia de la  
hematuria, que Guyon ha es-  
tudiado perfectamente en su  
fase clínica, que sobrevienen  
en el curso de la lactancia y  
del embarazo y que nunca  
han continuado fuera de estos  
estados unas veces por su desa-  
parición espontánea, como sa-  
bemos puede ocurrir en las  
hematurias de nefritis parce-  
larias, y otras veces por necesi-  
tar una intervención que los  
ha corregido.

En algunos casos de esta  
naturaleza, en que por la im-  
portancia de la hematuria se

intervino se encontró un riñón ectópico, como en el caso de Dau-  
dois, y en otros casos, al no en-  
contrarse alteración alguna  
macroscópica que las explica-  
ra, se dejó el riñón tal como  
estaba, no haciéndose nefroto-  
mia ni excisiones del paren-  
quima para análisis histo-  
lógico, no estando probada  
pues, anatomo-patológicamen-  
te la patogenia de estas he-  
maturias, que si en algunos ca-  
sos habrá que atribuir las al  
éxtasis, en los más y con ello  
no harían excepción á la re-  
gla general, serán debidas á  
verdaderas inflamaciones in-  
tersticiales crónicas.

Ya al hablar de trau-

matismos indicamos la existencia en ocasiones de hematurias secundarias, pero de éstas, y respondiendo á patogenia distinta de la allí indicada, las hay que sobrevienen en fecha lejana del trauma, aunque éste haya sido poco importante y la hematuria primitiva no muy considerable. Una observación de Simier, publicada en el tratado de Cirugía clínica y operatoria de V. Bergmann, demuestra se trataba de un proceso de nefritis intersticial crónica limitada á una sola papila. En otras ocasiones estas hematurias, como ya hemos dicho, son debidas á aneurismas.

Otro grupo de hematurias admitido por casi todos los autores es de las producidas por la hemofilia. El ejemplo que parece más concluyente es el publicado en el V. Bergmann de Jaroslík, hombre robusto de 36 años que sufre de una hemorragia renal recidivante. Procede por línea paterna y materna de hemofílicos, habiendo sufrido en su juventud epistaxis profusas. Ha tenido sin hemorroides hemorragias rectales, sangre con facilidad de las encías, y en una ocasión, después de la aplicación de sanguijuelas, sufrió de considerables hemorragias. Después de la desaparición de la hemorragia renal cesaron las otras hemorra-

gias; en este enfermo por desaparecer espontáneamente la hematuria renal no se intervino y pudo por consiguiente analizarse el riñon. En otros casos, también cridos de hematuria hemofílica como en el de Senator,<sup>(1)</sup> demostró el examen de la piedra anatómica, pues fué preciso extirpar el riñon para que cesase la hematuria, la existencia de alteraciones intersticiales. En otros casos se trataba de procesos renales desarrollados en hemofílicos como fué un tumor en un caso de Humbert.<sup>(2)</sup> Kotzenberg,<sup>(3)</sup> confirmando los resultados

(1) Tratado de Cirugía clínica y operat. de V. Bergman.

(2) *Ibidem*.

(3) *Deutsches Medicinisches Wochs.* n.º 43-1907.

de Kimmel en sus operaciones dice, que los hemofílicos no presentan nunca hematurias si no cuando ellos son nefríticos al mismo tiempo, apoyando su aserto en 6 casos clínicos, que ya hemos citados, observados por él, en el Hospital de Hamburgo; sin embargo, no creo yo que ello sea imposible y me parece muy bien observado y digno de crédito el caso citado de Groslik, aunque no hay en su historia dato alguno anatómico-patológico por no haberse intervenido.

Prostáticos retencionistas. también se observan que presentan añadiéndose á las hematurias prostáticas y vesicales espasmo, hematurias renales de origen nefrítico.

Las nefritis protopáticas, pues ya dijimos al comienzo que no nos ocuparemos de las hematurias sintomáticas de infecciones y toxoinfecciones generales, pueden contar entre sus síntomas la hematuria, que se acompaña por lo general de otros síntomas que llaman mucho la atención y hacen el diagnóstico fácil, tales son los calofríos, los dolores lumbares y la fiebre. El edema, comenzando por la cara, que se pone pálida y abotargada, tiende al anasarca, y la orina francamente hemorrágica, es oscura, escasa en cantidad y sobrada de densidad las más veces y fuertemente albuminosa. El depósito de la orina analizado al microscopio

muestra elementos epiteliales alterados, glóbulos rojos, y sobre todo, cilindros granulosos é hialinos. Podrá en ocasiones la orina hematurica, que tambien puede faltar, en el curso de la nefritis aguda, no acompañarse de su cortejo aparatoro de sintomas que acabamos de esbozar, pero nunca faltan los suficientes para diagnosticar con facilidad, pues el edema, cuando menos, se encuentra siempre en el curso de una nefritis aguda.

En el curso de la nefritis crónica y de preferencia en la de predominio intersticial, y junto con otras hemorragias, se han visto y se ven sobrevenir hematurias importantes, y como en estas

nefritis, las orinas por lo regular aumentadas en cantidad y disminuidas de densidad pueden no tener albúmina, que sabemos es por lo general intermitente y siempre escasa, no sería fácil el diagnóstico, como en realidad lo es, sino acudieramos á los otros síntomas que revelan las nefritis y que son bastante numerosos. Unos de ellos, resistentes ya desde el comienzo, son los denominados por Dieulafoy pequeños síntomas del Brightismo.

Existe otro grupo de hematurias importantes en cantidad, hasta el punto de reclamar á veces una intervención quirúrgica por la ineficacia de la te-

rapéutica higiénica y farmacológica y por la sospecha vehemente de proceso litiasico, tuberculoso o de neoplasia, y en el cual están de acuerdo todos los autores y cuya causa no es otra que la existencia de focos de esclerosis, á veces de importancia extraordinariamente escasa y á veces de alguna mayor consideración, mezclados con focos de inflamación parenquimatosa. El aspecto del riñón al descubierto en un primer tiempo de la intervención es completamente sano y el diagnóstico solo lo da el análisis anatómico-patológico.

El examen de la orina demuestra, pero no siempre, la existencia de pequeña cantidad de

albumina y de cilindros hemáticos moldeados en los canalículos urinarios, pero nunca cilindros hialinos y granulados.

Llegamos, por fin, al estudio de las dos causas de hematuria que nos faltan analizar que tienen vida autónoma para los autores que de ellas se ocupan, que no todos lo hacen, y que trataré de demostrar que deben ser incluidos en el grupo anterior, fundándome en los casos que he descrito y en las consideraciones que llevo expuestas. Dichos grupos de hematurias son los conocidos con los nombres de nefralgia hematurica y hemorragia renal esencial ó angio-neurótica.

En el primer grupo se incluyen todas aquellas hematurias renales que, como el primer caso descrito por Sabater<sup>(1)</sup> en 1889, se presentan en sujetos por otra parte sanos, acompañadas de ataques dolorosos más o menos violentos con las irradiaciones ordinarias del dolor renal y que se presentan de un modo periódico durante cada ataque un tiempo variable, pero por lo general largo, no demostrando la palpación, ni ningún otro procedimiento exploratorio, incluso de las orinas, otro sintoma que el dolor renal y la hematuria acompañada á veces de

---

<sup>(1)</sup> Tratado de cirugía clínica y operat. de V. Bergmann.

lo que toda hematuria renal, de cilindros pequeñísimos moldeados en los tubuli del riñón y de otros mucho mayores de 15 y hasta 20 centímetros de longitud moldeados en el ureter. En ocasiones se encuentra pequeña cantidad de albúmina y algunas células epiteliales poco características.

En el segundo grupo se comprenden aquellas hematurias que, como las anteriores, se desarrollan en individuos por otra parte sanos, que sobrevienen por accesos independientes de toda causa de movimiento o reposo, que duran mucho tiempo por lo general, obligando por ello, así como por su abundancia, a una intervención activa en ocasiones, que otras ve-

ces desaparecen sin causa conocida y que no se acompañan de otro trastorno subjetivo que el que determina la anemia que producen. Solo en ocasiones las acompañan ligeros dolores que á veces solo por la presión se pueden revelar. El análisis de las orinas da el mismo resultado que el de los casos del grupo anterior.

En ambos casos el examen macroscópico del riñón no demuestra alteración de ningún género y el microscópico tampoco enseña lesión alguna ni intersticial ni parenquimatosa.

Como en nuestra casuística ya decíamos de los 163 casos bien estudiados de hematurias

de las comprendidas en los dos grupos últimos solo en el de Steintal descrito y en los de Spencer, Schude, Durham, Klemperer, Israel y Deberragues citados no se ha encontrado base nefrítica después de un concienzudo estudio.

Campoco se demostró, como ya dejamos citado en igual sitio, lesión alguna en una primera intervención en el caso 5º de Katzenberg y en el caso de Kretzmer de la clínica de Zuckerkandl, pero si se encontraron luego cuando la violencia de la hematuria no cesada o reaparecida obligaron a una segunda intervención, en la que

también se tomaron piezas para el análisis.

Oí, pues, en tan gran número de casos como son los perfectamente observados hasta la fecha, se han encontrado lesiones á menudo insignificantes, estando casi en relación inversa la intensidad de la hematuria con la importancia de las lesiones, que explicaban la hemorragia renal, y si pues en dos de los casos la observación anatómo-patológica ha podido comprobar lesiones nefríticas un cierto tiempo después de una primera intervención en la que nada de anormal microscópicamente pudo verse.

¿qué de particular tiene que en los seis casos que la literatura médica nos da sin lesiones demostradas, se encontraron estas en sus comienzos, casi en un tránsito entre la congestión y la nefritis y no fuese posible demostrarlas, como sucedió en los dos casos citados por ser tan poco acentuadas en la primera intervención que motivaron? ¿y no podríamos concluir como se deduce de la observación de los dos casos varias veces citados ya, que de haber sido posible reconocer unas semanas más tarde estos riñones que nada anormal presentaban en el momento de la intervención hubiésemos en-

contrado en ellos, caso de haber continuado las hematurias por seguir su evolución la enfermedad que las causaba, las lesiones palpables que les harían perder su caracter de hematurias esenciales ó nefralgias hematuricas? Yo estoy plenamente convencido de ello, como lo están autores de tan recto criterio como Kotzenberg, Kimmel, citado por Kotzenberg, Tilko<sup>(1)</sup>, de Budapest y tantos otros.

Además, la razón se resiste á creer que haya desorden funcional sin alteración material que lo explique y debe ser una de nuestras as-

---

(1) Dent. Medicin. Wochs. - n.º 30 - 1907. Traducción de artículos aparecidos en los n.º 27 y 28 de Orvosi Hetilap (Budapest-Hungria).

piraciones el ir desterrando de los cuadros nosológicos las enfermedades funcionales hoy ya reducidas á escaso número si nos fijamos en el que admitían nuestros antepasados.

\*  
\* \* \*

El diagnóstico de las distintas clases de hematurias uretero-renales que hemos estudiado, fácil para un gran número de ellas es en ocasiones imposible antes de la intervención que en estos casos tiene tanto de diagnóstica como de terapéutica.

Se deduce de la sintomatología que tan sucintamente hemos expuesto anteriormente y sobre la que no tenemos porque insistir.

Únicamente trataremos con algún mayor detenimiento aquellos casos en los que la he-

inmatura constituye por sí sola ó con algún dolor sobre añadido el único síntoma por el que deducir un diagnóstico. Las nefritis agudas y crónicas van siempre acompañadas de síntomas suficientes para hacer el diagnóstico. Las hematurias que sobrevienen en los traumatizados y en las grandes contusiones y esfuerzos repetidos, las que tienen lugar en los niños de un modo periódico y en la mujer durante el embarazo y la lactancia son como se comprende fácilmente reconocibles.

Lo mismo acontece con lo de los prostaticos retencionistas, la que ocurre en las ectopias re-

nales, en la hidronefrosis y en los hemofélicos, por más que las hematurias que sobrevienen en estos últimos son muy discutidos en cuanto hace referencia á su patogenia.

Los quistes aislados del riñon que cuando son hemáticos dan lugar á hemorragias en ocasiones, solo ofrecen en este último caso, para nosotros el único interesante, confusión con las afecciones que tienen hematuria y aumento de volumen renal, lo cual ocurre en las neoplasias renales, en la litiasis complicada de hidronefrosis y en la tuberculosis renal, y aun contando con los datos que luego expondremos al esta-

blecer el diagnóstico de estas tres afecciones con las pretendidas nefrágicas y angioneuróticas hematurias no es fácil el diagnóstico, á veces solo por la intervención, aclarado, pues el líquido extraído por la punción no muestra caracteres peculiares en todas las ocasiones. Sin embargo, el estado general está más afectado en el tumor que suele ser abollado y más duro, no dando la punción líquido, salvo el que pueda proceder de zonas degeneradas, y siempre en pequeña cantidad. En la litiasis complicada de hidronefrosis puede haberse demostrado la resistencia de cálculos y arenillas en la orina que se evacua-

rá por crisis, durante los que desaparece el aumento de volumen renal, y en la tuberculosis el estado general revelador de pobreza orgánica, la coexistencia de otras localizaciones fúncas y la púrra que se presenta al ser tuberculosis abierta aclarará el diagnóstico que, volvemos á repetir, ~~que~~ es imposible en ocasiones.

Quando se demuestra coexistiendo con la hematuria, un aumento de volumen en ambos lados del riñón de consistencia resistente ó más ó menos fluctuante y de forma irregular, abollonada, el diagnóstico de degeneración poliquística renal se impone.

Quando entre los anteceden-

tes nos encontramos con un traumatismo renal que precedió poco tiempo á la hematuria y ésta se acompaña de un aumento de volumen hay que sospechar en un aneurisma traumático de la renal ó de cualquiera de sus ramas, que no ofrece ningún punto de apoyo seguro para su diagnóstico, pues falta como ya hemos dicho toda pulsación y soplo.

El aneurisma espontáneo solo hemos de tener en cuenta su posibilidad el intervenir en casos en que la hematuria y un aumento de volumen en ausencia de todo otro síntoma, hacen clínicamente pensar en una neoviformación,

pues su diagnóstico es imposible.

Cuando la hematuria sobreviene mucho tiempo después del traumatismo y no se observa aumento de volumen hay que pensar, como en el caso de *Amier* citado, en un proceso nefrítico.

Igualmente fáciles de diagnosticar son los casos en que la tuberculosis, litiasis y neoplasia se presentan con todo su cortejo de síntomas, pero esto ocurre clínicamente; pocas veces llegan en ocasiones, y de ello ya hemos hablado en la sintomatología, á no manifestarse dichas afecciones por otro síntoma que el de la hematuria acompañada á lo sumo

de algún dolor de escasa significación clínica en cuanto el diagnóstico se refiere, en cuyo caso se comprende la dificultad, y á veces imposibilidad, de reconocer una litiasis, una tuberculosis, una neoplasia ó una hematuria por nefritis parcelaria que esto es en mi concepto la hematuria angioneurótica y la nefralgia hematurica de los autores.

Natural es en vista de estos obstáculos que se hayan esforzado los clínicos en buscar signos patognomónicos que hasta la fecha no han parado de ser relativos. Aun no presentándose más que la hematuria puede estar en relación con el movi-

amiento, en cuyo caso nos inclinamos á la litiasis ó no tener con él ninguna relación y ser poco abundante, en cuyo caso más parece de tuberculosis. Puede también asociarse á un cierto grado de irritación vesical que siendo frecuente en el cálculo, es más veces observada en la tuberculosis, y solo como excepción se ve en los tumores, en los que cuando son hipernefomas pueden verse metástasis, y solo en un periodo avanzado de su evolución se podrán ver trozos de neoplasia en la orina. Además, éstos y los cálculos son más frecuentes en los dos extremos de la vida, mientras que las

nefritides y las tuberculosis suelen presentarse en la edad adulta y la hemorragia de las nefritides, aparte de que suele ser más abundante es seguramente más refractaria á todo tratamiento médico-higiénico que tienda á yugularlo. El estado general, algo empobrecido, puede, si concuerdan otros datos, inclinarnos á la localización fínica.

En su lugar hemos descrito síntomas que, considerados como patognomónicos por sus respectivos autores, hemos visto no tenían sino un relativo valor. Valor importantísimo tiene el hallazgo del bacilo de Koch en la orina de una nefritis tuberculosa, desde luego

el encontrarse el bacilo, que es posible encontrarlo, aun en ausencia de púrra por ser cerrada la tuberculosis, porque sabemos que pueden con facilidad filtrar dichos microbios; pero su ausencia, así como la falta de reacción en el cobayo ó la inoculación típica, no nos permite asegurar la no existencia de dicha enfermedad, aparte que este último procedimiento no nos permite diagnosticar sino á plazo lejano.

Mayor importancia tiene las modernas oftalmos y ~~interna~~ reacciones, y en particular la primera con sus inconvenientes locales que ya van señalándose en las Revistas, pero dicha reacción

cuando es positiva, solo nos dice que hay una tuberculosis latente ¿pero es del riñón? Se comprende que no se puede asegurar de un modo absoluto; por eso Colombino,<sup>(1)</sup> buscando como tantos otros, algo característico, creyó encontrarlo, en el examen microscópico de los leucocitos centrifugados de la orina que se presentaban solamente en la tuberculosis, deformados, neuriformes, de contorno irregular con burbujas en la periferia de su protoplasma que no permite distinguir su núcleo ni las granulaciones, persistiendo estas de-

---

(1) Anales des maladies des organes genito-urinaires - 1906 - (ya citado).

formaciones aun despues de colorados. Pero pronto Moscou<sup>(1)</sup> apagó los entusiasmos, si es que estos se despertaron, al publicar sus trabajos Colombino, pues ya se está acostumbrado á ver abandonados por ineficaces conclusiones que en un principio parecieron casi axiomáticas, demostrando en un detenido estudio experimental que dichas alteraciones podian presentarse en otras lesiones no tuberculosas, cistitis blenorragicas por ejemplo; y que faltaban en ocasiones en casos de alteraciones tuberculosas del riñon.

En las hematurias por

---

<sup>(1)</sup> Presse Médicale 5 Enero - 1907 (ya citado).

nefritides parcelarias cabe pensar, cuando aparte de las consideraciones expuestas, su regularidad en la cantidad perdida diariamente, pues suelen ser muy uniformes, no estando influidas por reposo ni por movimiento, su larga duración y su, por lo general, rebeldía á todo tratamiento hemostático médico-higiénico alejan la idea de otras afecciones, sobre todo de la litiasis y de la tuberculosis.

A pesar de las expuestas dificultades, la consideración atenta de todo síntoma y antecedente obtenida por un minucioso reconocimiento e interrogatorio y el tener presentes

todas las causas de hematurias que hemos señalado hacen posible el diagnóstico la mayor parte de las veces, quedando por lo general solo en duda, el de nefritis paracelaria con el de neoplasia renal.

De todos modos, lo importante es tenerlas en cuenta y estar decidido para la intervención, que el examen del riñón en un primer tiempo diagnóstico decida.

De intento nada hemos dicho de las neoplasias ureteropélvicas que solo en el caso de Israel y en el <sup>de</sup> Albarrán ha podido hacerse por anastomosis vegetaciones por la desembocadura del ureter. Las mismas dificultades en-

cierran los cálculos del uréter que solo tienen suyo la humentaria escasa que sobreviene luego de la exploración manual del uréter, dolorido de ordinario.

Además, ambos casos son rarísimos para que se haga otra cosa que pensar en la existencia de ellas al intervenir.

x  
x x

El concepto clínico de las llamadas hematurias esenciales, angioneuróticas y nefralgias hematuricas, ya suficientemente discutido cuanto á ellas se refiere, solo para terminar haremos un resumen de ellas, cuya existencia en clinica, data desde el caso descrito por Sabatier en 1889, que fué el primero en llamar la atención sobre ellas como dijimos.

A pesar de contar de existencia, tan larga fecha, ya hemos visto lo poco estudiadas que han sido y lo mucho que queda que hacer en ellas para aclarar pun-

tos como el de la patogenia, pues se han atribuido dichas hematurias á la hemofilia por algunos como Senator, á la congestión activa por otros que la han llamado por ello angioneurotica, ó á la arterio-esclerosis y á la nefritis.

Bastante hemos dicho ya de la hemofilia, á la que si en alguna ocasion creemos capaz de producir la hematuria le negamos, de acuerdo con Hottemberg y Kimmel, la patogenia de estas que estamos estudiando, por las razones ya expuestas.

La hiperhemia pasiva puede determinar las hematurias como ocurre en el riñon cardiaco y quizás en algunas miije

res embarazadas, aunque en éstas cabe pensar en la nefritis gravídica, y en modo alguno puede ser invocada para explicar las hematurias de que nos estamos ocupando.

La congestión activa puede evidentemente determinar hematurias sin lesión renal, como lo demuestran los experimentos de Guyon y Albarrán ya citados, quienes previa ligadura de la uretra del perro encontraron coágulos sanguíneos en la pelvis y cálices renales, y los de Brown-Séguard, Veljeux y otros que por secciones y excitaciones de la médula dorsal las han provocado; pero dicha hematuria es muy transitoria, y entiendo yo

que cuando la congestión se sostiene, por no desaparecer la causa que la motiva pasa bien pronto á producir lesiones más estables de nefritis aséptica intersticial, dándose el caso de que así como no hay lesión material sin mostrarse por un trastorno funcional todo lo imperceptible que se quiera, tampoco hay alteración funcional que muy en breve, si continua, no produzca lesión material.

Esto que yo supongo ocurre en el riñón por aplicación de lo anterior que yo creo ley general en fisiología patológica, está ya de un modo claro demostrado en las enfermedades del estómago, en las que la hiperclorhidria

funcional va bien pronto seguida de las lesiones de una de esas gastritis hiperpépticas por primera vez descritas por Hayem.

La arterio-esclerosis es enfermedad de viejos naturales, ó hechos viejos por sífilis y alcohol principalmente; así que por lo general no puede achacársele la patogenia de estas hematurias, que sobrevienen en gente joven de ordinario, pero es indudable que toxinas circulantes en la sangre y que nada producen en otro aparato orgánico de un modo ostensible, determinan en el riñón, con el que están más en contacto, ya que por él se han de eliminar casi en totalidad, lesiones de exde-

rosis y parenquimatosas por consecuencia de una prolongada congestión, y que con ser insignificantes dan lugar á tan profundas hematurias. Dichas lesiones de seguir avanzando, que no es lo ordinario, por continuar la fuente de producción de toxinas, determinan una esclerosis demariado fibrosa, demariado adulta, para que los vasos puedan á la menor causa que altere su equilibrio aumentando su presión, romperse, dando origen á la hematuria difícil de cohibir por las malas condiciones orgánicas del tejido. Dicho mecanismo explica la curación espontánea que á veces sobreviene:

Esta es á nuestro entender la mejor patogenia para explicar estas hematurias no esenciales en modo alguno, y que está de acuerdo con lo que podemos observar, ya que en estos casos casi podemos decir que la hemorragia está en razon inversa de las lesiones nefríticas. Pero en honor á la verdad debiamos decir que esta patogenia, si bien explica la hematuria deja sin explicar el porque en los casos, y segun Kotzemberg y otros autores son todos, en que la lesión es bilateral, no sangra sino un solo riñon. Es evidente que de ser cierta la patogenia citada debe haber otra causa que haga sangrar un riñon y no los dos.

\* \* \*

En lo que respecta á la anatomía patológica, caracterizan-se estas nefritis parcelarias por lesiones insignificantes que auien-tan de ordinario en la región de los glomerulos que estan apri-sionados por la infiltración embrionaria del tejido inters-tecial que los envuelve y por la proliferación celular entre los va-sellos que forman el ramillete contenido en la cápsula de Bow-man, con lo que disminuye la luz entre dicho ramillete y la envoltura capsular en la que suele encontrarse sangre. En lesiones más avanzadas está

convertido en un nucleo fibroso. Pueden existir efusiones sanguineas en el tejido intersticial y se encuentran de ordinario degeneraciones turbias y catarrales de los epitelios de los tubuli.

Sobrevienen estas hematurias de ordinario en individuos juvenes y por lo general hombres (3 veces de cada 10) sin causa apreciable como hemos visto en los casos citados excepto en dos de los de Kotszenberg, el 8 y el 12 que bien pudieran incluirse entre las nefritis agudas, alarmando al enfermo este sintoma unas veces acompañado de dolores, nefralgia hematurica, y otras sin ellos ó con

solo una ligera sensación dolorosa espontanea. ó á la presión. La única sensación subjetiva aparte la dolorosa, si ésta existe, es la de pérdida de energías, lo que hace sospechar en una neoplasia. La cantidad de sangre es por lo general muy abundante y es expulsada de un modo uniforme, sin alternativas en cantidad, no es influida por el reposo ni el movimiento y, caracter importante, por lo regular no cede á los tratamientos médicos hemostáticos, incluyendo entre ellos, las inyecciones de suero gelatinizado y el cloruro cálcico cristalizado que tan buenos éxitos cuentan en su activo. Así

nos ha sucedido también en nuestro caso.

El examen químico y microscópico de la orina da también poco resultado, encontrándose albúmina en pequeña cantidad, los elementos de la sangre y á veces grandes células poligonales. Nunca se encuentran, aparte de los hemáticos, otra clase de cilindros.

Las grandes células poligonales observadas en casos de Kottremberg estaban en su mayor parte pigmentadas y mostraban granulaciones. Procedían del riñón que daba sangre y hacían sospechar en su procedencia neoplásica, pero en

ausencia de ésta se creyó que no eran sino células epiteliales en descomposición

Acercá del diagnóstico ya dijimos al hablar del diagnóstico de las hematurias uretero-renales todo cuanto podía relacionarse con éste, que solo podrá fundarse en una base de probabilidad, que por muy acentuada que sea nunca llegará á la certeza.

Hay im embargo una cuestión que resolver, y es la de la uni-ó bilateralidad de la nefritis paraneurica que le da origen.

De entre los casos citados de Kotzenberg el 2º que murió sobre la mesa de operaciones por no poder soportar

la hemorragia inherente á la intervencion, y en que lo demostró la investigación histológica, y el 5.º que murió al medio año de uremia demuestran que la nefritis es bilateral, puesto que en ambos casos ni la palpación, ni los dolores, ni el análisis microscópico, químico y bacteriológico la habian demostrado en el riñon que no daba sangre. En el primer caso, la nefritis existia en el lado al parecer sano porque no tuvo tiempo de desarrollarse ya que murió el enfermo durante la operacion y en el segundo debia ya existir al intervenir y no ser producida por la narcosis cloroformica

por que en este caso el punto de congelación de la sangre no hubiere estado tan elevado luego de la operación como estaba comenzando á descender á las 4 semanas llegando á 0'64 á las ocho semanas descendiendo todavía más, aunque ya poco, durante dos meses al final de los cuales sucumbió por uremia Sienlafoy en su tratado de Patología interna cita un caso análogo. Lo mismo pudo demostrarse en un caso de Schede publicado en el tratado de Cirugía clínica y operatoria, de V. Bergmann, y cabe suponer que en los casos en que pueda hacerse autopsia por muerte del sujeto y

demostrarse el otro riñón sin lesión alguna, y solo he podido encontrar un caso descrito de este género en la misma obra que acabo de citar puede ocurrir que la lesión esté en su tránsito de congestión à nefritis, ó que esté acantonada en una limitadísima porción del riñón y para desapercibida toda vez que es lógico que actuando una misma causa sobre los dos riñones determine lesiones en ambos. Lo que se puede afirmar es que una lesión bilateral, y de ello son ejemplo los dos casos 2.º y 5.º de Kotzenberg y el de Schede citados, puede mostrarse por solo síntomas unilaterales.

La evolución de estas nefritis puede ser hacia la curación, desapareciendo la hematuria como ha ocurrido en dos casos de M. Inffer<sup>(1)</sup> en uno de Selbet y tal vez en el caso de Leguen, aparte de otros muchos citados, en el mismo sitio y en el que la hematuria no cesó, sino al año de la nefrotomía, pues no parece que ésta tuviese ya acción sobre la hematuria como lo pretende su autor. Ordinariamente la abundancia y la persistencia de la hematuria no permiten esperar esta evolución obligando á intervenir.

\*  
\* \*

---

<sup>(1)</sup> Presse Médicale - 21 Noviembre 1906.

Para terminar nuestro estudio diremos cuatro palabras respecto al tratamiento.

Puede dividirse en higiénico, médico y quirúrgico. El higiénico se refiere al reposo absoluto en cama y á la alimentación lactea fria, que es la que da menos sustancias tóxicas, que como sabemos se eliminan por el riñon en su mayoria. Pueden permitirse bebidas acidulas.

En cuanto á los medicamentos seguramente y ante la ineficacia de ellos, pues solamente en un caso lograron éxito Klem-

perer, Israel, Potheral y Harris, habrá ocasión de ir empleando toda la medicación hemostática desde el antiguo percloruro de hierro hasta el suero gelatinizado y cloruro cálcico de nuestros días pasando por el convezuelo, la ergotina y ergotina, la ratania, el hidrastis, el hemamelis, etc, etc. Cuando, y ello ya hemos dicho que es lo ordinario, fracasaran estos medios hay que acudir á los ementos que pueden consistir en la decapsulación sola ó asociada á la nefrotomía y la nefrectomía.

Desorientado el práctico en el acto de la operación ante la presencia de un riñón sano

ha apelado según su parecer indistintamente á uno y otro hasta que actualmente que conocemos algo mejor esta enfermedad, que podemos apellidar nefritis parcelaria en lugar de los nombres que nada dicen de nefralgia hematurica y hematuria angioneurotica, y que podemos juzgar de los resultados obtenidos en un gran número de intervenciones empíricamente practicadas, hemos podido llegar á sentir las indicaciones de cada una de ellas.

Desde luego que la decapsulación, que en ciertas ocasiones ha bastado para colibir la hematuria, debe desecharse, porque no siempre es eficaz.

obligando luego á una segunda intervención, y no es eficaz en todos los casos porque la descongestión inmediata que produce no es considerable y la que produce á distancia, pues este es el mecanismo de su acción, no es posible esperarla. Otras veces no es eficaz porque existía otra lesión que sin incidir el riñón no pudo demostrarse, como la tuberculosis en el caso de Reynier<sup>(1)</sup> que siguió su evolución, exigiendo una intervención ulterior estando ya más evolucionado el proceso, y por lo tanto, en peores condiciones de éxito.

---

<sup>(1)</sup> Presse Médicale. - 21 Noviembre 1906.

La nefrotomía es el procedimiento de elección y ha dejado relegada á la nefrectomía á un segundo lugar porque; 1.º es eficaz en la inmensa mayoría de los casos, 2.º, es menos grave, 3.º, no suprime el riñón que es todavía apto en su mayor parte para funcionar y permite intervenciones serias, como la nefrectomía, en el otro riñón, por otra lesión que en él pudiera desarrollarse; 4.º, permite hacer un diagnóstico y 5.º, descongestiona rápidamente el riñón.

La nefrotomía además de descongestionar el riñón rápidamente con lo que cesa la hematuria, deja evolucionar

fibrosamente las lesiones embriónicas con lo que se hace ya imposible á no producirse nuevas lesiones la repetición de la hematuria á fecha lejana.

Solamente en los casos en que la hematuria es abundantísima y no se cohiba fácilmente ni aun con la sutura del riñón sobre un tapón de gaza y en los casos en que la nefrotomía sea ineficaz, como algunas veces ha ocurrido, deberemos acudir á la nefrectomía.

En apoyo de esto último que acabamos de exponer yo podría citar algunas estadísticas concluyentes, pero creemos el asunto tan claro que no las juzgamos necesarias.

\*

## Conclusiones.

- 1.<sup>o</sup> - No existen hematurias esenciales angioneuróticas ni nefralgias hematuricas, sino nefritis parcelarias.
- 2.<sup>o</sup> - Estas nefritis son siempre bilaterales aun cuando los síntomas clínicos y los químicos y bacteriológicos de la orina separada de cada riñon no dé uno síntomas unilaterales.
- 3.<sup>o</sup> - La hematuria está casi de un modo general en razón inversa de la importancia

de las lesiones nefríticas.

- 4.º — No se encuentran nunca en estas nefritis parcelarias cilindros granulados ni epiteliales y sí hemáticos que solo indican el origen renal de la hematuria.
- 5.º — La ausencia en la orina de albúmina no excluye la posibilidad de esta nefritis parcelaria.
- 6.º — Los dolores sean o no cólicos, no son dependientes sino del aumento de tensión de la cápsula renal, no estando el cólico en relación con la hematuria.
- 7.º — La hematuria más o menos profunda puede aparecer y seguir su evolución sin cóli-

hicos de ninguna clase, así como éstos pueden existir en dichas nefritis parcelarias sin la presencia de sangre en la orina.

8.<sup>a</sup> — El diagnóstico, con otras causas de hematuria y en particular con las neovormaciones, solo puede hacerse, en muchos casos, de un modo probable, y en modo alguno cierto, antes de la intervención.

9.<sup>a</sup> — En vista de la anterior conclusión no debe insistirse mucho en la terapéutica médica, para que en caso de neovormación, intervenir en época oportuna.

10.<sup>a</sup> — El tratamiento médico hi-

gicno es completamente ineficaz en la inmensa mayoría de los casos.

11.º — El tratamiento de elección, por las razones expuestas, es siempre la nefrotomía.

12.º — La intensidad de la hemorragia que la incisión del riñón determina y el fracaso de la nefrotomía indican la nefrectomía.

13.º — El mecanismo de acción de la nefrotomía es probablemente la descongestión rápida del riñón que permitirá la evolución fibrosa de las lesiones, y con ello, el cese definitivo de la hematuria.

14.º — El examen anatómico-pato-

lógico demuestra lesiones esclerosis y parenquimatosas en determinados sitios de la región cortical del riñón.

He dicho

Walter J. Cunningham

Admirable

J. J. Robina

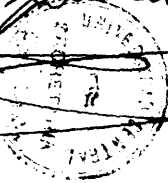
Admirable

Admirable

Admirable

Walter J. Cunningham

Walter J. Cunningham



Madrid y Mayo de 1908.

A

Dic 29 de Mayo 1878

---

Verificó el ejercicio del  
Grado de doctor y n. le  
calificó de Aprobado

El Presidente  
Ausilio finero

Manuel Quintanilla

J. Aquilari      Antonio Jimenez

---

---

El Pro

Notaria

Juan de las

Sociedades  
J. P.