

De periódicos.

Cuadro clínico del cólico nefrítico.

El doctor Azcarreta publica el siguiente artículo en la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*.

Basta que la orina acarree ácido úrico en exceso, para que el contacto irritante de este cuerpo dé margen a cierta irritabilidad vesical, que se manifiesta por frecuencia de la micción. En los niños esta irritabilidad puede acentuarse de tal modo que, dando lugar a dolores miccionales, puede inducir al práctico a pensar en un cálculo de la vejiga.

Igualmente el paso de las arenillas por los tubos contorneados produce dolores sordos en las regiones lumbares, que se desvanecen en pos de las descargas úricas: en los gotosos se observa una repercusión sobre el estado general; ciertas crisis de la enfermedad coinciden o alternan con las descargas del ácido úrico.

Cuando los cálculos móviles y de escaso tamaño enfilan el uréter, dan lugar al clásico cólico nefrítico. En cambio, si por su forma, volumen, asperezas y desigualdades de su superficie, o por haberse desarrollado en el espesor del parénquima quedan inmovilizados, adquiriendo derecho de domicilio renal, en tal caso queda constituido el verdadero cálculo del riñón.

Cólico nefrítico—El síntoma culminante del cólico nefrítico es el dolor que suele ir precedido de algunos fenómenos precursores: ora son sufrimientos lumbares de carácter sordo que duran varios días; ya es la expulsión

de orina sanguinolenta, verdadera hemorragia anunciadora del dolor y del cólico, debida sin duda a raptus congestivos originados por la movilización de la piedra. En algunos enfermos son ciertos reflejos a distancia, particularmente el tenesmo rectal, los que preceden al cólico.

En la mayoría de veces faltan estos prodromos, y el dolor estalla como un tiro; muy rara vez durante la noche, en el reposo de la cama; con más frecuencia después de las comidas, en el momento en que el riñón se exonera del exceso de líquidos aportados a la sangre, y casi siempre favorecido y determinado por una causa traumática capaz de ocasionar la movilidad de la piedra, hasta aquel instante alojada en un cáliz o en un rincón de la pelvis renal.

En medio de una carrera, de una marcha forzada, al cavar la tierra, remar, tirar al florete, después de largas horas de automóvil por carreteras mal pavimentadas, etc., estalla el dolor. Su intensidad es tan grande, en ocasiones, que el enfermo se deja caer al suelo buscando un reposo absoluto, inhibida su medula por la violencia del sufrir, siendo preciso que le ayuden para trasladarle a su casa o al lecho. Es continuo, o mejor dicho, constituido por una serie de pinchazos, cortes o desgarros, separados entre sí por intervalos de segundos.

Su sitio es la región lumbar y el hipocondrio; pero desde este foco el dolor presenta irradiaciones, que por cierto sirven a maravilla para el diagnóstico. La más típica de ellas es a lo largo del uréter, acusando el enfermo una sensación como de barra candente que le cogiera desde el riñón a la vejiga. En otro sector el dolor se extiende desde el riñón hacia la ingle, corriéndose, según el sexo, hacia el gran labio o hacia el cordón espermático y el testículo, que bajo la contracción del cremáster se retrae hacia el anillo inguinal y se pone doloroso y tumefacto.

Al mismo tiempo, a través del simpático y del neumogástrico se producen fenómenos reflejos de grande importancia: vomitos secos y biliosos, pàresia de las tunicas in-

testinales, dando margen a un meteorismo y a una estancación de materiales sólidos y gaseosos que recuerdan la obstrucción intestinal; el pulso es frecuente y filiforme; los vasos periféricos se contraen, y el rostro se pone palidísimo y cubierto de sudor, y como los vómitos repetidos aumentan tal estado, de ahí que el cuadro general sea alarmante, revistiendo un carácter de grande angustia. El dolor en fin, puede producir convulsiones en los niños y delirio en los adultos.

El reflejo desde el riñón a la vejiga no falta casi nunca; mientras dura el cólico, el enfermo está disúrico, orinando con dolor y frecuencia, y al mismo tiempo oligúrico, es decir, que emite pequeñas cantidades de orina, generalmente turbia, cargada de sales y sanguinolenta, fenómenos que obedecen a la propagación hacia la musculatura vesical de los espasmos y contracturas del uréter.

Mientras dura el cólico la palpación revela una gran hiperestesia en toda la zona dolorosa; el examen directo del riñón arranca dolor, y algunas veces consiente observar un ligero aumento de volumen en la víscera, que en general se presenta de tamaño normal, puesto que la simple congestión no se expresa por aumento de volumen, siendo preciso para que esto ocurra que el cólico dure muchas horas y que el cálculo, oponiendo obstáculo al descenso de la orina, aumente la tensión intrarrenal.

Tal es el cólico nefrítico de forma típica; pero en la práctica ocurre con frecuencia verle desfigurado, siendo por ende de difícil diagnóstico: ora existe sólo el dolor lumbar, faltando las irradiaciones hacia el uréter y la vejiga; otras veces, al contrario, la región renal es indolente y el sufrimiento se marca en el hipogastrio o en partes altas hacia la escápula; por fin, puede darse el caso insólito de que domine la escena el reflejo renorrenal, de modo que, radicando el cólico en el costado derecho, el enfermo acusa el dolor en el lado izquierdo. En todas estas formas atípicas tiene soberana importancia el examen directo, puesto que la presión del riñón es siempre dolorosa, e

igualmente lo es la del uréter, que nos permite reconocer la serie de puntos dolorosos característicos: costolumbar y costomuscular; subcostal; ureterales superior, medio e inferior. Es más, el tacto rectal o vaginal suministra un nuevo dato: tal es la hiperestesia del suelo vesical en el lado correspondiente al uréter que sufre, signo de gran importancia.

El cólico dura horas, a veces días; cuando la piedra recorre toda la trayectoria ureteral, al caer en la vejiga cambia como por encanto el cuadro clínico; es cosa de segundos; aquel rostro céreo y desencajado se anima y colorea; cesan los vómitos; el vientre se aplana; el testículo vuelve a su sitio, y el riñón deja de ser doloroso. Inmediatamente ocurre una micción abundante de orina turbia, y con frecuencia sanguinolenta, acarreando en algunos casos coágulos largos y delgados, verdaderos moldes de uréter. A la micción siguiente, que también es copiosa, la orina sale clara y citrina, siempre que no ocurran complicaciones. A las pocas horas o días el enfermo siente una viva comezón al orinar, tiene la conciencia de que algo roza su uretra, y, efectivamente, expulsa un cálculo. En tal momento termina felizmente la crisis nefrítica. De no ser así, las demás contingencias son malas para el paciente: ya quede la piedra retenida en la vejiga; ya se atasque definitivamente en el uréter y lo cierre por completo, dando lugar a la atrofia rápida del riñón; ya deje un pequeño surco para el paso de la orina, siendo su consecuencia la hidronefrosis; ya surja, en fin, la terrible anuria; todas estas formas frustradas del cólico nefrítico calculoso son fatídicas.

Y digo con intención del cólico nefrítico calculoso, por cuanto el cuadro clínico del mismo se presenta exactamente igual en casos muy diversos que nada tienen que ver con la piedra; el descenso de un hidátide que trata de salvar el desfiladero ureteral, la emigración de un coágulo o grumo purulento, la torción del uréter en el riñón móvil, el reflejo despertado por la nefritis dolorosa, hé

aquí otras tantas causas capaces de engendrar un pseudocólico nefrítico. Otras veces el dolor es de origen calculoso, pero la piedra para determinarlo no se mueve de su estancia renal; sencillamente, al dislocarse, ocurre que uno de sus ángulos se encaja en la embocadura del uréter, surge la contractura del conducto, aumenta la tensión intrarrenal y estalla el dolor. El reposo, la morfina, etc., produciendo una sedación, el uréter deja de agarrarse, por así decirlo, al extremo del calculo encajado; éste vuelve otra vez a su celda y los fenómenos desaparecen.

El dolor del cólico nefrítico obedece a una doble patogenia: tan pronto como el cálculo enfla la luz del uréter, las paredes de este conducto se contraen y sus plexos nerviosos así, estrangulados engendran el dolor; al mismo tiempo, el uréter queda obliterado por la tetania de sus paredes y por la presencia de la piedra, y, surgiendo desde este momento una dificultad para el descenso de la orina, aumenta la tensión intrarrenal y se pone en juego el segundo factor del sufrimiento.

Hemos dicho en párrafos anteriores que la complicación más grave del cólico nefrítico es la

Anuria calculosa—Hé aquí el terrible peligro a que está expuesto el enfermo; a las pocas horas de haber empezado, otras veces a los dos o tres días, en un momento cesan cual por encanto los dolores del cólico; a la escena de agitación y de angustia sucede una completa calma; el enfermo se duerme plácidamente, y los deudos respiran pensando que, por el momento, se salvó la crisis dolorosa. Transcurren las horas y el paciente no orina ni siquiera una gota; acude el urólogo, y en cuanto oye el relato de lo ocurrido, piensa en la anuria; en efecto: han pasado uno, dos días y no hay deseo de orinar; la región hipogástrica está sonora a la percusión y la sonda no extrae más que algunas gotas de orina sanguinolenta.

¿Qué ha sucedido? Unas veces el enfermo relata que ha tenido repetidos ataques de cólico nefrítico, por ejem-

plo, en el lado derecho, y últimamente el dolor ha sido en el costado izquierdo; en estos casos la anuria se presenta con rapidez a los primeros momentos de estallar el cólico, y los hechos nos han enseñado a todos los urólogos que se trata de enfermos cuyo uréter, el derecho, por ejemplo, estaba obliterado por una piedra desde hacía tiempo, y al sobrevenir el cólico en el lado opuesto y la obliteración de su uréter, hasta aquel momento, el único permeable, claro es que surge la anuria.

Cuando la anuria estalla al cabo de dos o tres días de iniciado el cólico y por consiguiente el uréter del lado opuesto no está obliterado de antemano por un cálculo, ¿por qué motivo en el riñón correspondiente queda abolida la secreción urinaria? ¿Es posible que estando este riñón completamente sano, baste el reflejo que parte del lado donde radica el cólico para suprimir su función? Es indudable que por su riqueza en filetes nerviosos el parénquima renal sufre fácilmente una influencia refleja, y que la obstrucción de un uréter con el dolor violento que produce es un foco poderoso de incitaciones centrípetas. Seguramente se trata de una constricción vasomotriz tan acentuada en el riñón opuesto que suspende su secreción, si es que no juega papel la inhibición de los nervios que rigen el funcionalismo de su parénquima.

Los hechos confirman la importancia del reflejo a que no referimos; lo demuestra la anuria que complica algunas veces los traumatismos del abdomen, las operaciones sobre la próstata y la vejiga, las intervenciones sobre la uretra por insignificantes que sean; lo prueba también la anuria histérica.

Por lo tanto, la influencia nerviosa no puede negarse; el problema estriba en definir si dada la integridad absoluta de un riñón, basta el reflejo que parte del uréter o riñón opuestos para determinar una anuria mortal al no intervenir el arte rompiendo el reflejo de que él arranca. Pues bien: todas, absolutamente todas las autopsias demuestran que el riñón inhibido presenta lesiones antiguas

epiteliales o intersticiales, quedando demostrado que el reflejo inhibitorio sólo produce una anuria mortal cuando la víscera inhibida está previamente lesionada.

Es más: en los anúricos operados por la nefrotomía y que sucumben a la intervención, la autopsia demuestra la presencia de lesiones en el riñón opuesto. Claro está que en los enfermos que curamos interviniendo no podemos afirmar de un modo categórico que en el otro riñón tengan lesiones; pero el hecho de que se salven casi todos los anúricos operados durante los cuatro primeros días, y sucumban los que se operan más tardíamente, constituye un razonamiento de gran valor para afirmar que la anuria sólo se produce cuando el reflejo inhibitorio afecta un riñón más o menos tarado, puesto que debe tenerse muy en cuenta, y esto cierra la discusión, que en los casos de muerte, con o sin operación, la autopsia revela en el riñón no obliterado lesiones antiguas y recientes de modo que si el enfermo se opera y se salva es por que no han tenido tiempo de formarse las lesiones nuevas que llenan, por decirlo así, la medida del daño renal para hacerlo mortífero; si no hay operación, el proceso se toma todo el tiempo necesario para evolucionar hacia la definitiva abolición del parénquima.

Para darse cuenta de cómo se producen las lesiones recientes en el riñón inhibido, bastará recordar que una vez obliterado un uréter, en el riñón correspondiente, por distensión y agobio de sangre, se producen nefrotoxinas muy patógenas que arrastradas por la sangre van a irritar el riñón opuesto; de aquí lesiones epiteliales recientes, desprendimiento de células en los tubos contorneados que acaban por obliterar la luz de los mismos, siendo un nuevo factor de anuria. Igualmente todas nuestras toxinas retenidas en los primeros días de anuria producirán también en el riñón inhibido nuevas y amenazadoras lesiones.

Con lo expuesto queda demostrado que la anuria calculosa es de *patogenia* bastante compleja. La abolición de

la secreción renal se debe, o bien a que los elementos nobles del riñón, glomérulos y tubos contorneados, no funcionan, anuria secretoria; o bien a la obliteración de las vías excretorias, tubos rectos y uréteres, anuria excretoria. La anuria secretoria obedece a diversos mecanismos: 1º La destrucción de las células epiteliales de los glomérulos y tubos contorneados; es decir, la destrucción total y completa de los elementos nobles, cual sucede en las nefritis, tuberculosis y neoplasias. 2º Trastornos vasculares de presión o de constitución de la sangre que suspenden también el funcionalismo renal, puesto que a los riñones del mismo les falta la materia prima, que es la sangre en buenas condiciones. 3º Perturbaciones del sistema nervioso, gran regulador, en suma, de todas nuestras funciones; tal es la anuria histérica y refleja por inhibición.

La anuria excretoria supone la obliteración de los uréteres, como ocurre en el cáncer del cuello uterino, los fibromiomas, los tumores del recto y del ovario, la hidronefrosis intermitente doble, y la que estamos estudiando por atascamiento de cálculos.

Si se analiza la cuestión se ve que la génesis de casi todas las anurias es mixta o compleja. En las nefritis, además de la degeneración de los epitelios, intervienen el hacinamiento y por fin la obliteración de los tubos contorneados por las células degeneradas y por sus detritos, de modo que la anuria es a la vez secretoria y excretoria. En la obstrucción ureteral por el cáncer del útero, la génesis es también doble, puesto que al practicar la nefrotomía como operación paliativa, sale orina por el riñón abierto y por la uretra, siendo así que la obstrucción progresa del mismo modo, demostrándose que había en su génesis inhibición, o cuando menos, congestión refleja.

En el histerismo obedece la anuria a dos mecanismos: por un lado la inhibición funcional por acción directa del sistema nervioso sobre los parénquimas, y por otro lado la inanición de la enferma determina tal retardo en los fenómenos de nutrición que la sangre no acarrea los

elementos necesarios para el trabajo renal. En la anuria calculosa, por fin, el mecanismo es triple; en el lado obstruído es excretoria, y en el riñón opuesto es secretoria por el reflejo inhibitorio, y a medida que pasan días y la uremia se despliega, la abolición funcional del mismo se hace todavía más secretoria por las lesiones antiguas y, sobre todo, recientes que invaden su parénquima.

Generalmente los *síntomas de la anuria calculosa* sorprenden al individuo en plena salud; por este motivo su organismo resiste durante cuatro o cinco días sin dar la menor muestra de intoxicación, tan sólo algo de laxitud y abatimiento en sus quehaceres es lo que nota el enfermo. Las materias tóxicas que la orina debiera acarrear se acumulan en la sangre, y al período de tolerancia sucede la uremia: pérdida del apetito, lengua sucia, vómitos, el fático hipo; insomnio pertinaz y subdelirio, y en pos de este cuadro de excitación, que dura de ocho a doce días, de coma mortal. El período de tolerancia dura de cuatro a cinco días; el de uremia de seis a siete; de modo que la muerte ocurre a los doce o trece días de haberse iniciado la anuria. Ya hemos dicho que el aspecto aparentemente florido durante el período de tolerancia, obedece a que la anuria estalla generalmente en individuos que, al parecer, gozan de una perfecta salud. Más notable es aun el larguísimo período de tolerancia, a veces de cuatro y cinco semanas, en la anuria histérica; la explicación de este hecho extraordinario se encuentra en el retardo, en el apagamiento, casi extinción, del metabolismo celular, en una enferma que está sujeta a la inedia por abstinencia de alimentos, a veces durante meses enteros.