

70. ARINAUD y L. PORTES.—Presse Méd., 6, 1 marzo 1951.  
 71. JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Boletín Con. Col. Méd., 7 octubre 1951.  
 72. JOCHMANN y C. HEGLER.—Tratado de Enfermedades Infecciosas.  
 73. V. ALTABA.—Rev. Clin. Esp., 38, 293, 1950.

### SUMMARY

On the occasion of an epidemic of typhoid fever in Malaga during the first quarter of 1951, an organised study was carried out with 255 patients, of which 232 were treated with Chloromycetin or other preparations in which Chloromycetin was the principal component.

The specific value of chloromycetin in this disease is confirmed. It is established that an early relapse is due to an incorrect estimate of the maintenance or security dose. The shock dose is of lesser importance in eventual cure. The quantity and duration of the security dose bears a close relation to the clinical condition of the patient undergoing treatment, so that it becomes fundamentally a question of medical art within the limits of certain essential rules, which are described.

The discovery of this antibiotic for the treatment of typhoid fever does not imply that the treatment of the symptoms it produces should be abandoned, as this treatment led to a considerable reduction of the mortality rate in typhoid patients.

### ZUSAMMENFASSUNG

Als im ersten Vierteljahr 1951 in Malaga eine Thyphusepidemie herrschte, untersuchte man genau 255 Patienten, von denen 232 mit Chloromycetin bzw. einem Kompositum desselben behandelt wurden.

Der spezifische Charakter des Chloromycetins wurde dabei bestätigt. Ein frühzeitiger Rückfall ist Folge einer unkorrekten Dosis, vor allen am Ende der Behandlungszeit, wenn die Heilung gesichert werden muss, wogegen die Anfangsdosis in Form eines Shocks weniger wichtig ist. Dosis und Dauer im Verlauf der Krankheit hängen insbesondere von der klinischen Form ab, die vom Arzt genau festgelegt werden muss, wenn auch grundlegende Dosen unentbehrlich sind, wie angegeben wird.

Die symptomatische Behandlung, die zu einer bedeutenden Herabsetzung der Mortalität beim Typhus geführt hat, kann auch bei Anwendung von Chloromycetin nicht vernachlässigt werden.

### RÉSUMÉ

Comme suite d'une épidémie de fièvre typhoïde produite à Malaga pendant le premier trimestre 1951, on fit une étude ordonnée sur 255 malades parmi lesquels 232 cas sont traités avec de la Chloromicétine ou avec des médicaments qui ont comme base de composition ce produit.

On confirme le caractère spécifique de la médication avec Chloromicétine; on établit que la

rechute précoce est la conséquence d'un dosage incorrecte bien dans les doses de conservation ou de sécurité. Dans la guérison l'existence ou non d'une dose d'attaque a une importance minime. La quantité et la durée de la dose de sécurité est en rapport intime avec les formes cliniques du terrain humain où la maladie se manifeste; c'est le médecin qui fondamentalement fixe ces points, quoique sujet à des lignes de conduite absolument nécessaires qui se détaillent.

La découverte de cet antibiotique dans le traitement de la fièvre typhoïde ne représente pas la suppression de ce que nous avons appelé "traitement symptomatique" dont l'implantation représente une diminution assez considérable dans la mortalité des malades typhiques.

### LA CROMOCISTOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA PIELONEFRITIS

T. PASCUAL Y MEGÍAS.

Académico C. de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.  
Alicante.

Es la pielonefritis una de las afecciones que con más frecuencia pasan sin ser diagnosticadas. Y este pasar desapercibido, en el período en que una acertada intervención terapéutica podría curarla definitivamente, puede ser de un resultado catastrófico en un plazo variable al hacer evolucionar el proceso, bien por un camino médico, en las de tipo brightico, hasta terminar en el cuadro de hipertensión maligna o de insuficiencia renal, o bien en las que siguen el derrotero quirúrgico, acabando en una pionefrosis, perinefritis, etc.

Es, pues, de un gran interés médico el diagnóstico lo más precoz posible de estas afecciones inflamatorias, que se encuentran en la frontera de la clásica división de las nefropatías en "médicas" y "quirúrgicas", y que tanto incumbe a los internistas como a los urólogos el procurar descubrir esta afección antes de que llegue a producir lesiones irreparables y de grave extensión parenquimatosa.

El polimorfismo de las pielonefritis es extraordinario, tanto que pensamos que es la enfermedad que con más variados y distintos cuadros se puede presentar, capaces de hacer cometer los mayores errores diagnósticos.

Como ejemplo están las pielonefritis focales agudas, de curso intercurrente, de comienzo generalmente brusco, con fuerte escalofrío seguido de temperaturas de 39°-40°, que después de unas horas se resuelven con profusas sudoraciones y que, acompañados o no de molestias renales, en las zonas palúdicas pueden ser, y

son con frecuencia, diagnosticadas de paludismo cuando el médico, confiado en su larga experiencia, procede a instaurar el tratamiento antipalúdico sin confirmar por el laboratorio la presencia de plasmodium en la sangre.

Otras veces es el curso crónico, de comienzo insidioso, con molestias vagas y tímidas reacciones febriles de escasas décimas, con inapetencia, fácil cansancio, etc., lo que con facilidad hace estudiar al paciente a rayos X, en busca de adenopatías hiliares, que desgraciadamente alguna vez se creen encontrar y hacen pasar al enfermo meses y meses con un tratamiento que nunca le ha de conducir a su curación.

En otro grupo podemos encontrarnos con un predominio de la sintomatología digestiva. Junto a la fiebre llama la atención el estado nauseoso del enfermo, con vómitos y hasta con acentuada intolerancia gástrica, que puede llegar a una obligada administración de sueros por vía parenteral, ante el peligro de deshidratación producido por el vómito que provoca la ingestión del menor sorbo de líquido. No es infrecuente el meteorismo intestinal, adquiriendo entonces el cuadro todo el aspecto de un proceso infeccioso de aparato digestivo, que empujará, cada vez con mayor empeño, a precisar su etiología mediante las investigaciones de laboratorio, siempre de resultados negativos, o dudosas por vacunaciones previas o infecciones sufridas por el individuo. En este último caso se le instituye un tratamiento, y un buen día, casualmente si antes no curó, nos enteramos de que tiene orinas turbias, y es entonces cuando comienzan las investigaciones y exploraciones conducentes a un perfecto diagnóstico, que tal vez será considerado como una complicación pielorenal "del proceso infeccioso intestinal anteriormente sufrido".

En algún caso, como el citado por ESTRABAUT, la parálisis intestinal puede ser de tal intensidad que haga creer que se trata de un íleo paralítico. No debe pensarse que esta confusión es extraordinariamente rara; nosotros hemos tenido ocasión de intervenir recientemente en un paciente diagnosticado de oclusión intestinal, que iba a ser intervenido, cuando se notó que estaba en anuria desde varios días. La exploración urológica descubrió la anulación funcional total del riñón derecho y una pielonefritis litiásica del izquierdo, en la que la migración de un cálculo al uréter había provocado la anuria y la parálisis intestinal refleja, sin que acusase ninguna molestia ni dolor en zonas renopieloureterales. Una sonda ureteral a permanencia resolvió de momento la retención piélica y la parálisis intestinal refleja.

En otras ocasiones es el dolor el que matiza el cuadro, no ya en la clásica localización lumbar, sino en hipocondrio, en el punto renal subcostal, que cuando el lado afecto es el derecho y se acompaña, como casi siempre que hay dolor, de estado nauseoso o de vómitos, puede simular una afección colecistítica. Si el dolor

es acusado en el trayecto del uréter, en el lado derecho, puede parecer una apendicitis. Se presta todo a confusión con las apendicitis retrocecales, también de sintomatología atípica dentro de los estados inflamatorios apendiculares.

También las pielonefritis adquieren personalidad clínica distinta según la edad del paciente. En los niños la pielitis se presenta con relativa frecuencia entre el segundo y cuarto semestre, pero también puede aparecer antes de esta época. FINKELSTEIN cita casos observados durante las dos primeras semanas de la vida. Ya en esta época es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino. Entre los síntomas generales, uno de los que más llama la atención es la palidez cérea de la cara, aun cuando el hemograma no acuse anemia. El niño está apático y se aprecia una notable rigidez del dorso, nuca y extremidades, que fácilmente puede orientar el diagnóstico hacia una meningitis. Los vómitos y diarrea, junto con la fiebre, completan el cuadro.

El niño, en el que la regulación del equilibrio ácido-base es tan inestable, puede imprimirles un sello característico a todos los procesos infecciosos, y también a las pielonefritis, al responder con acidosis, la acetonemia infantil, a los trastornos que la fiebre produce en su metabolismo. Por esto es preciso en toda afección febril de la infancia, de etiología no determinada, proceder al estudio de la orina para descubrir una posible pielonefritis, cuya ignorancia puede ser fatal para el enfermito.

En el niño, como en el adulto, puede ser la pielonefritis monosintomática. JIMÉNEZ DÍAZ ha llamado la atención sobre la frecuencia con que tras una enuresis nocturna se encuentra como causa una pielonefritis ignorada.

En estas edades de la vida puede conducir la pielonefritis en sus estadios avanzados a trastornos del crecimiento y de la diuresis, que con gran facilidad pueden llevarnos a diagnósticos de afecciones endocrinas: diabetes insípida, infantilismos, etc. (casos de JIMÉNEZ DÍAZ).

En la inmensa mayoría de los enfermos basta el estudio de la orina para hacer el diagnóstico. La albuminuria, ligera, a veces reducida a indicios, y la presencia en el sedimento de algunos leucocitos, solos o con hematies, orienta el diagnóstico y hace que sigamos insistiendo por este camino hasta conseguir el correcto encuadramiento de la afección. Pero a pesar de todo existen muchos casos en que es muy difícil conseguirlo aun recurriendo a exploraciones urológicas completas.

*Copos teñidos.*—La práctica sistemática de la cromocistoscopia en todo enfermo que llega a nuestras consultas aquejando alguna molestia o síntoma, por muy improbable que pueda ser de etiología uropática, el estudio detallado y la observación prolongada durante varias eyaculaciones de la eliminación del carmín de índigo, nos permitió observar que así como en los individuos normales y en la inmensa mayoría de los que aquejan alguna dolencia reno-

pieloureteral, las orinas eyaculadas eran de un azul más o menos intenso, pero siempre homogéneas, sin apreciarse partículas en suspensión, existía un pequeño número de pacientes generalmente aquejando molestias que se consideraban como no urológicas, en los que la eyaculación no era uniforme, no se trataba solamente de orina, sino que se observaban en suspensión partículas, jirones de tamaño variable dentro de cada caso, siempre fuertemente teñidos de azul.

Estas partículas, intensamente azules, no se deshacen en el medio vesical, permanecen flotando en él sin variar de forma o de tamaño, semejando algunas de ellas como pequeñas porciones de algodón fuertemente teñidas por el índigo.

El tiempo de aparición varía desde la primera eyaculación teñida, en los casos muy intensos y corrientemente consistente en jirones grandes, dentro de las pequeñas proporciones que tienen todos, a la tercera o cuarta, sin que a esta variación del tiempo de aparición le hayamos encontrado significación diagnóstica o pronóstica hasta la fecha.

La investigación de los copos teñidos no debemos de hacerla en la primera porción del chorro de orina, a su salida del meato ureteral, pues en este lugar lleva la orina una velocidad que hace que en muchos casos pasen desapercibidos. Es cuando la eyaculación pierde su fuerza, cuando se ensancha, detiene y diluye con el medio vesical, cuando descubriremos con toda facilidad, cuando será materialmente imposible que nos pasen desapercibidos, por pequeños que sean y escaso su número.

Anatómicamente, los copos teñidos están formados por células epiteliales necrosadas agrupadas en laminillas y que pasan desapercibidas o no son reseñadas en los estudios microscópicos del sedimento. Probablemente son debidas a la descamación de la mucosa de pelvis y uréter, siendo imposibles de percibir durante la cistoscopia por su tamaño y falta de contraste con el medio vesical, y se hacen llamativamente visibles al teñirse con el índigo carmín.

Su tamaño es variable, extendiéndose aproximadamente desde un milímetro a algunas décimas.

Es un dato cromocistoscópico muy objetivo, señalándonos inequívocamente el lado afecto y permitiéndonos diagnosticar muchos casos que sin este signo serían catalogados como normales urológicamente, atribuyéndose sus molestias a ginecopatías, procesos reumáticos, etc.

Por la forma de producirse que les suponemos, sería lógico que se presentasen en todos los procesos inflamatorios de la mucosa pieloureteral, y sin embargo faltan en la inmensa mayoría de las pielonefritis que se acompañan de una rica sintomatología de los sedimentos de orina.

Los copos teñidos se presentan en los casos de pielonefritis que producen escasa alteración en los sedimentos de orina, y hasta sin albuminuria. Como sintomatología subjetiva aquejan

molestias lumbares de intensidad variable, localizadas bien en un solo lado o en los dos, acusando estos últimos dolores como en barra que se extienden de una a otra zona lumbar. En otras ocasiones los dolores se refieren más hacia adelante, casi en hipocondrio, produciendo fáciles confusiones con hepatopatías, aun cuando en estos casos no se encuentran sales ni pigmentos biliares en la orina, que por otra parte presenta unos sedimentos normales o en el límite de la normalidad.

En otros enfermos los dolores o molestias son referidas más abajo, a músculos lumbares, a parte superior de articulaciones sacroiliacas, comparables en la mujer a dolores dismenorreicos y con mucha frecuencia remitidas al ginecólogo para su diagnóstico y tratamiento.

En estos casos los copos teñidos nos proporcionan un signo diagnóstico objetivo, claro y patognomónico de pielonefritis, observando siempre que la presencia de los copos coincide con la localización del dolor, siendo bilateral o unilateral concordante con las molestias que aqueja el paciente.

Como contraprueba de que las molestias son producidas por una afección pielítica y de que el signo de esta pielonefritis son los copos teñidos de azul, vemos cómo los enfermos sometidos al tratamiento oportuno mejoran y llegan a curar, coincidiendo la curación con la desaparición de los copos teñidos en la orina eyaculada durante la cromocistoscopia.

La etiología de este cuadro pielítico, al que estamos tentados de darle el calificativo de pielonefritis descamativa, debe ser inflamatoria, bien por virus no visibles en los frotis de sedimento (suele ser lo corriente que no se encuentren gérmenes en las orinas de estos pacientes), o bien tóxica. Nosotros hemos visto aparecer los copos teñidos en la orina procedente del riñón supuesto sano en las tuberculosis renales unilaterales, pudiendo confirmar la integridad del órgano que eliminaba los copos por el estudio de las orinas recogidas por cateterismo ureteral, por las pielografías y por la observación postoperatoria del enfermo, en el que hemos podido comprobar la desaparición del signo, y que no han aparecido lesiones específicas diagnosticables en este riñón en el plazo de tres años después de la nefrectomía, tiempo hasta la fecha transcurrido del caso más antiguo que ha podido ser seguido por nosotros.

Un inconveniente tiene este signo y es su irregularidad, lógica consecuencia de su forma de producirse, siendo posible que se vean numerosos copos en una cromocistoscopia, para en otra observación separada unos días haberse reducido considerablemente su número, hasta limitarse a uno o dos en cada eyaculación, lo que obliga a buscarlos detenidamente en todo caso sospechoso.

La presencia de los copos suele prolongarse algo a la sensación de curación percibida por el enfermo, indicándonos su persistencia la necesidad de insistir en el tratamiento, que se

debe seguir hasta tanto desaparezcan totalmente.

Este signo de los copos teñidos necesita estudios detallados, observaciones más numerosas (nosotros habremos estudiado unos 50 casos), conocer exactamente su valor e interpretar correctamente su forma de producirse. Esperamos en plazo breve poder presentar un trabajo completo sobre los copos teñidos que son descritos en esta nota previa.

#### RESUMEN.

El autor describe un signo diagnóstico de las pielonefritis, que se presenta principalmente en las que se acompañan de alteraciones de orina poco demostrativas.

El signo consiste en la aparición durante la cromocistoscopia de pequeños copos fuertemente teñidos de azul por el indigo carmín y que flotan en la orina eyaculada por los meatos ureterales, sin disolverse ni deshacerse en el medio vesical.

La presencia de copos teñidos es uni o bilateral, concordante con las molestias que el enfermo siente. Desaparecen con la curación del cuadro pielonefrítico.

#### SUMMARY

The author describes a diagnostic sign of pyelonephritis seen in those cases in which the modifications of the urine contents are difficult to demonstrate.

The sign is given by the appearance, during chromocystoscopy, of small flakes which indigo carmine stains vivid blue, float in the urine discharged by the urethers and do not dissolve or disintegrate in the vesical fluid.

The stained flakes may be present on one side only or on both sides. This is related to the pains felt by the patient. When the pyelonephritic condition is cured these flakes disappear.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser beschreibt ein Symptom zur Diagnose der Pyelonephritis, das vor allen dann auftritt, wenn man im Urin undeutliche Veränderungen findet.

Dieses Symptom besteht darin, dass man bei der Chromozystoskopie durch Indigorot stark blau gefärbte kleine Flocken findet, die in dem Urin schwimmen, der durch die Urethermündungen entleert wird, ohne, dass sie in der Harnblase aufgelöst werden.

Diese Flocken treten ein-oder -doppelseitig auf und stimmen mit den Beschwerden des Patienten überein. Sie verschwinden bei Heilung des Prozesses.

#### RÉSUMÉ

L'auteur décrit un signe diagnostique des pyélonéphrites qui se présente principalement

dans celles qui sont accompagnées d'altérations d'urine peu démonstratives. Ce signe consiste dans l'apparition pendant la chromocystoscopie de petit flocons, fortement teints en bleu par l'indigo carmin et qui flottent dans l'urine éjaculée par les méats urétéraux, sans se dissoudre ni se défaire dans le milieu vésical.

La présence des flocons teints, est uni ou bilatérale, coïncidant avec les troubles que le malade pressent. Ils disparaissent avec la guérison du tableau pyélonéphritique.

#### POSIBILIDADES DE LA RADIOTERAPIA EN LOS TUMORES DE CELULAS GIGANTES (\*)

M. ROIZ NORIEGA.

Oviedo.

Los osteoclastomas, término empleado por STEWART en 1922 y adoptado por la mayoría de los patólogos ingleses, fueron denominados primeramente sarcomas mieloides, luego mielomas y últimamente tumores de células gigantes; conocidos por la escuela francesa con el nombre de tumores de mieloplaxias, y por la alemana denominados tumores pardos, se caracterizan histológicamente por la predominante proliferación de células gigantes multinucleadas, presentándose preferentemente en edades de crecimiento, cuando aún persiste en los huesos el cartilago de conjunción, circunstancia muy de tener en cuenta, que relaciona la actividad proliferativa celular ósea, con la presencia de estos tumores óseos benignos, de localización preferentemente en las epífisis de los huesos largos, particularmente en la extremidad inferior y externa del fémur superior e interna de tibia e inferior del radio.

No es difícil su diagnóstico si valoramos debidamente los hallazgos de la clínica y los encuentros radiológicos, no olvidando, sin embargo, la presencia de algunas formas clínicoradiológicas, susceptibles de falsas interpretaciones, cuya aclaración sólo nos la puede dar el estudio histológico y, en casos en que éste no se lleve a cabo, la respuesta al tratamiento y evolución subsiguiente.

También podemos encontrar este tipo de tumores en columna vertebral últimas dorsales y primeras lumbares, lo mismo que en los huesos de la pelvis y en aquellas porciones del cráneo y cara, donde la osificación se realiza bajo una base cartilaginosa, es decir, por osificación endocranal, o, por lo menos, aunque aquélla se

(\*) Lección pronunciada el 19 de enero de 1952, correspondiente al Cursillo dedicado al estudio teórico-práctico de los tumores del esqueleto, organizado por el Dr. GARCÍA DÍAZ en su Servicio del Hospital Provincial de Oviedo.