

## A N U R I A

La Anuria consiste en una supresión de la función secretoria de los riñones, caracterizada clínicamente por la ausencia de orina en la vejiga.

Sólo puede confundirse la anuria con la retención de orina; el cateterismo vesical mostrando la vacuidad afirma la certeza de la anuria.

Existen una anuria secretoria y otra excretoria.

Anuria secretoria: — De causas diversas, en las nefritis agudas depende de una destrucción de los elementos secretantes del riñón o de lesiones del sistema nervioso incapaz de regular la secreción renal. La trombosis de la vena cava o de las venas renales puede igualmente provocar una anuria. Se creía antes que las modificaciones de composición de la sangre, las alteraciones de la circulación llegando a producir éxtasis venosa causaban anuria, pero no es cierto, cuanto más llegan a la oliguria.

Anuria excretoria: — Significa el origen mecánico del obstáculo pero pronto se hace también secretoria. La retención en el riñón de la orina produce un aumento de la presión intracanalicular que neutralizando la presión sanguínea impide el paso de los elementos de la orina. Un fenómeno nervioso reflejo detiene la secreción del parénquima.

Anuria mixta: — En el período de estado la anuria es siempre secretoria y excretoria. La destrucción del parénquima re-

nal primero y después la obstrucción de los tubos urinarios por la descamación epitelial intensa que acompaña el proceso destructivo; se agrega además el elemento nervioso reflejo.

Clínicamente se consideran tres tipos de anuria: por obstrucción ureteral, por alteración del parénquima renal, por trastornos nerviosos.

Anurias por obstrucción ureteral: de mecanismo mixto, secretorio y excretorio, por acompañarse de destrucción del parénquima renal, la más frecuente es la anuria calculosa. Primer factor el bloqueo del uréter por un cálculo enclavado en uno o en ambos canales. Se estima en 30 % de anurias por lesión bilateral. Se presenta el caso de bloqueo de un solo uréter y ausencia del otro, quirúrgica o congénita o por destrucción infecciosa o litiasis, por último bloqueado un uréter y el otro riñón en estado normal sobreviene anuria por acción refleja. La incrustación de arena en el uréter puede también obstruir la luz del mismo.

Resumen de la patogenia de la anuria:

I. — Obstrucción bilateral de los uréteres por un cálculo o por depósitos de arena litiásica.

II. — Obstrucción de un uréter por cálculo y obstrucción del otro por infiltración arenosa.

III.—Obstrucción -de un uréter por cálculo o arena y ausencia del otro riñón congénita b patológica.

**IV. —Obstrucción** de un solo uréter por cálculo o arena e integridad anatómica y funcional del otro inhibido por reflejo reno-renal.

Merklen dividió desde hace mucho tiempo la evolución de la anuria calculosa en clínica: período de tolerancia y período de uremia.

En el curso de la litiasis la anuria se instala bruscamente durante una crisis de cólico o sin ella. La supresión de las micciones es completa pero más frecuentemente es disminución progresiva del volumen de orina que llega rápidamente a la ausencia total de secreción. Durante este período el paciente conserva una apariencia de salud por unos siete u ocho días. Hacia el quinto se observan náuseas, erutos, lasitud. Después sobreviene la uremia; trastornos circulatorios, dificultad respiratoria, epistaxis, vómitos, diarrea, miosis, contracciones musculares, terminan en dos o tres días con la muerte.

La compresión de los uréteres por una neoplasia puede llegar a la anuria; se presenta a veces como la anuria calculosa, bruscamente, otras pasando primero por el estado de uronefrosis. El parénquima es comprimido por la distensión de las pelvis y cálices y los accidentes de oliguria y luego anuria se instalan.

Distinguen los autores la forma **urémica** de la **anuria** neoplásica en que dominan accidentes de retención azoada, lenta, progresiva, con período más o menos largo de oliguria terminando en la **anuria**. Síntomas poco ruidosos concluyen en 10 a 12 días con la muerte.

La forma anúrica se parece a la calculosa, pero el período de tolerancia es más largo, llega hasta 15 días. La muerte es fatal en el primer ataque o en el segundo o tercero. El tumor causante de la anuria con mayor frecuencia es el cáncer del cuello uterino.

Anurias por alteración del parénquima renal: En el curso de las afecciones agudas del riñón: nefritis aguda, tóxica o infecciosa. Lo más a menudo mercurial por intoxicación accidental, voluntaria o criminal por el sublimado. Aparece bruscamente y es siempre total; persiste varios días sin provocar uremia ni edemas; la muerte sobreviene después de un corto período de accidentes urémicos tardíos. El arsénico y el fósforo pueden también causar anurias temporales o definitivas. Las quemaduras extendidas por reabsorción de productos tóxicos de tejidos necrosados. La escarlatina, la fiebre amarilla, la ictericia grave, la espiroquetosis ictero hemorrágica, el cólera, todas las enfermedades infecciosas por el mecanismo de la nefritis aguda.

Anurias en el curso de las afecciones crónicas del riñón son raras. En las nefritis crónicas, en las pielo-nefritis de los urinarios, en la tuberculosis renal.

Las anurias de causa nerviosa: La anuria histérica muy rara condicionada probablemente más por los vómitos histéricos que por lesiones renales. En la neurastenia es efímera y caprichosa. La anuria refleja si es frecuente en el curso de cistoscopias, cateterismo de los uréteres y litotricia. Debidas a inhibición del parénquima renal son pasajeras pero pueden persistir cuando había serias lesiones de aquél.

Al presentarse un enfermo quejándose de no orinar debe

Inmediatamente hacerse un cateterismo vesical.

En el curso de las enfermedades infecciosas o quemaduras es fácil.

En la intoxicación mercurial descubrir el origen.

En las crisis de cólicos nefrécicos o con antecedentes litiasicos es también fácil.

Lo mismo en el curso de afecciones crónicas nefritis o tuberculosis, cuya presencia agrava el pronóstico sin complicar el diagnóstico.

La anuria que aparece cuando se conoce la presencia de un tumor pélvico no extraña.

Asombra en verdad y el diagnóstico es serio cuando la anuria aparece un individuo en plena salud aparente. Pensar entonces en la obstrucción ureteral: tumor pélvico investigado por examen ginecológico, los cálculos despistados por la radiografía, por el cateterismo de los uréteres.

El lado del riñón bloqueado se despista por medio de un fenómeno que consiste en la contractura lombar clara determinada por la palpación del riñón bloqueado pero siempre es prudente confirmarlo por la radiografía.

"Una vez conocida la naturaleza calculosa, de la anuria resta establecer el valor funcional de cada uno de los riñones por medio del cateterismo de los uréteres y permitir los exámenes químicos sobre la orina recogida por separado para establecer el pronóstico y tratamiento adecuados.

O. M.

## Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

### *Hemorragias.*

- NO déis arsénico a los enfermos sujetos a hemorragias.
- NO inyectéis salvarsán en las hemorragias recientes, menos aún en los niños, viejos, y aórticos.
- NO dejéis de buscar las hemorroides, que en el curso de las enfermedades agudas pueden provocar hemorragias que extravían el diagnóstico y el pronóstico.
- NO olvidéis que una hemorragia profusa puede provocar la ceguera inmediata o alejada.
- NO olvidéis que, en esencia, una hemorragia cerebral y que pocas enfermedades como ella necesitan un examen completo y más profundo.
- NO hagáis pronóstico grave inmediato, ni benigno alejado en la hemorragia del cuerpo vitreo.
- NO hagáis pronóstico benigno si la tensión máxima baja a 7 cm. y la mínima a 4.
- NO déis digital en la hemorragia cerebral.
- NO déis coagulantes en las grandes hemorragias vesicales; aspirad los coágulos.
- NO liguéis las arterias lejos del punto en donde fueron heridas; pueden sobrevenir hemorragias colaterales.
- NO dejéis de ligar los dos cabos de las grandes arterias heridas.

### *Hemorragia cerebral.*

- NO olvidéis la influencia de la herencia en la aparición de la hemorragia cerebral, que no existe en el reblandecimiento.
- NO olvidéis que en los viejos ateromatosos es más frecuente el reblandecimiento que la hemorragia cerebral al revés de lo que pasa en los brighticos hipertensos.
- NO dejéis de hacer la punción raquídea cuando no hayáis podido hacer vuestro diagnóstico.
- NO olvidéis que la hemorragia cerebral fuera de los peligros directos que encierra, ofrece el de las complicaciones, de las cuales la más frecuente es la neumonía.
- NO hagáis pronóstico de la hemorragia cerebral, sino con muchas reservas.
- NO dejéis de examinar el fondo del ojo; que, al demostrar una éxtasis papilar, permite diferenciar la hemorragia, del reblandecimiento.
- NO hagáis la sangría, salvo cuando haya éxtasis pulmonar o intoxicación de origen renal.
- NO olvidéis que las hemiplejias con anestesia persistente son casi siempre debidas a hemorragia y no a reblandecimiento.
- NO olvidéis que después de la hemorragia la inteligencia se conserva íntegra al revés

- cuando hay una elevación de temperatura que no se explica por otra causa.
- NO retardéis la amputación de un miembro cuando las curaciones bien hechas no impiden la marcha de la infección.
- NO consideréis completa la curación de un miembro herido, si no lo inmovilizáis.
- NO abráis los miembros atacados de gangrena gaseosa y de flegmón difuso con el bisturí; usad el termocauterio.
- NO amputéis los miembros atacados de gangrena gaseosa y de flegmón difuso, sin haber debridado ampliamente con el termo, sin ningún resultado.
- Heridas por arma de fuego.*
- NO dejéis un proyectil en el cuerpo, si su extracción no presenta peligro.
- NO suturéis completamente las heridas si hay grandes despegamientos; haced siempre el drenaje.
- NO exploréis las heridas que no váis a debridar.
- NO liguéis lejos de la herida, si el vaso interesado recibe colaterales que hagan temer la hemorragia secundaria.
- NO liguéis un vaso sin haberlo disecado cuidadosamente; podéis incluir un nervio en la ligadura.
- NO hagáis la sutura inmediata de un nervio o un tendón, si no estáis absolutamente seguros de la asepsia.
- NO hagáis desinfección de una herida estrecha complicada de fractura huesosa.
- NO extraigáis, en las heridas estrechas, los fragmentos de hueso que adhieran a las partes blandas.
- NO exploréis ni desinfectéis las heridas estrechas que comunican con una articulación; limitaos a desinfectar los bordes y a inmovilizar.
- NO hagáis amputación, salvo que los principales vasos y nervios estén cortados.

*Heridas del abdomen*

- NO exploréis la herida con sonda o con el dedo; si queréis saber si la herida es penetrante, haced la laparotomía.
- NO hagáis a la ligera un diagnóstico de herida no penetrante. Vale más que operéis innecesariamente, a que dejéis de operar en caso necesario.
- NO operéis si no estáis capacitado por vuestra experiencia y elementos para operar correctamente.
- NO perdáis mucho tiempo en las heridas por arma de fuego; operad.
- NO intentéis reducir por la fuerza una hernia traumática; dos tijeretazos de la pared permiten hacer la reducción fácilmente.
- NO dejéis de levantar el estado general por medio de inyecciones de suero.
- NO operéis en pleno estado de shock o de hemorragia violenta.

*Heridas de la laringe*

- NO perdáis el tiempo; traqueotomizad siempre que haya trastornos respiratorios, o introducid la cánula por la herida.

*Heridas del ojo*

- NO lavéis un ojo herido con un líquido de cuya asepsia no estéis absolutamente seguros.
- NO hagáis grandes irrigaciones, lavados con copitas, ni an-

tisepsia violenta.

- NO hagáis instilaciones frecuentes con cocaína ni con adrenalina.
- NO empleéis atropina en la herida penetrante; está contraindicada si hay catarata traumática o glaucoma.
- NO uséis las sales de plomo que producen manchas indelebiles de la córnea.

*Heridas de la columna vertebral.*

- NO creáis que todas las heridas de la columna van acompañadas de lesión medular.
- NO olvidéis que frecuentemente las desviaciones de la columna sólo existen en el momento del traumatismo.
- NO hagáis maniobras imprudentes en caso de heridas de la columna; un ligero movimiento puede provocar lesiones gravísimas o la muerte inmediata.
- NO dejéis nunca de hacer la radiografía.
- NO operéis si no hay signos evidentes de lesión de la columna, salvo que se trate de heridas por arma de fuego.
- NO olvidéis que la fractura de la columna puede estar acompañada de una parálisis, sin que aquella sea la causa; una operación en tal caso sería inútil.
- NO dejéis de operar cuando la lesión vertebral y la medular sean concordantes.
- NO incidáis la dura madre al operar, sino cuando haya una indicación muy especial.
- NO hagáis pronóstico desfavorable.

rable en las lesiones de los arcos vertebrales.

NO confundáis la espondilitis con los trastornos nerviosos provocados por el traumatismo, ni con la rigidez crónica de la columna vertebral, que llega a invadir los hombros y la cadera.

NO apliquéis la inmovilización por los corsés y aparatos enyesados, sin estar seguros de que no se trata de trastornos nerviosos, en los que la inmovilización es funesta.

NO confundáis los traumatismos vertebrales con la rigidez vertebral debida a contracturas musculares, que ceden con el masaje y aplicaciones calientes.

NO dejéis de operar en las heridas por arma de fuego, pero hacedlo con suma prudencia para no transformar una lesión leve en una muy grave.

NO olvidéis que los traumatismos de la columna provocan lesiones tardías circunscritas que ameritan una intervención.

NO dejéis de eliminar los trastornos secundarios por medio de sección de las raíces posteriores, tendones y nervios periféricos.

NO intentéis extraer a todo trance los proyectiles de la cola de caballo, que los soporta muy fácilmente.

#### *Heridas del Cráneo.*

NO dejéis de hacer un examen completo del cráneo en todas las heridas.

NO dejéis de rasurar mucho más allá de la región interesada.

NO intentéis cohibir una hemorragia con pinzas; aplicad un tubo de hule al rededor del cráneo o poned puntos de sutura en la arteria, lejos del punto herido.

NO olvidéis que una fisura de la lámina exterior puede acompañarse de lesiones más graves de la interior.

NO confundáis la sensación de hundimiento que provocan las contusiones del cuero cabelludo con la del hundimiento del cráneo.

NO olvidéis el mecanismo del contra golpe, y que una lesión en el lado izquierdo del cráneo puede provocar una lesión en el lado derecho del cerebro.

NO olvidéis percutir el cráneo para buscar el ruido de olla rajada en las fracturas.

NO dejéis de trepanar si hay fractura del cráneo.

NO introduzcáis ningún instrumento en el curso de una operación para buscar un proyectil.

NO dejéis de operar cuando los fenómenos inmediatos hagan temer una lesión grave en lo futuro.

*Dr. Ricardo D. Alduvín.*

*(Continuará).*