

Tratamiento de la Pielonefritis

Por el Profesor Brindeau (Partero de la Maternidad de Tarnier)

(CONFERENCIA)

El tratamiento de las pielonefritis tiene una importancia extraordinaria debido a la frecuencia de esta afección, su tendencia a las recidivas y su resistencia a nuestros métodos terapéuticos.

Clínicamente las pielonefritis pueden dividirse en tres grupos principales:

A) Las pielonefritis aparecen bajo la influencia de causas transitorias en un aparato anatómico y fisiológicamente normal. Ejemplo: una pielonefritis unilateral del embarazo, en una mujer accidentalmente constipada.

B) Las pielonefritis aparecen en sujetos cuyo aparato urinario es anatómicamente normal, bajo la influencia es un factor orgánico persistente, que **reinfecta** incesantemente las vías urinarias por bacteriemia. Ejemplo: la pielonefritis colibacilar que los sujetos afectados de enterocolitis crónica, de megacolon, constipación derecha por estasis. El paso de la pielonefritis a la cronicidad es inevitable; la curación no puede sobrevenir sino por la supresión de la estasis estercoral y de las lesiones intestinales que permiten al colibacilo invadir la sangre.

C) Las pielonefritis aparecen en sujetos afectados de una anomalía congénita del aparato

urinario. Ejemplo: ectopia renal, ptosis renal. Estas no sólo evolucionan a la cronicidad, sino que conducen fatalmente a la pielonefritis con distensión; a la pionefritis.

Estudiaré, sucesivamente, frente a vosotros:

1° Las indicaciones terapéuticas.

2° Los medios terapéuticos que permiten realizar estas indicaciones.

3° La elección de los medios terapéuticos según los casos.

A. —INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Se resumen de la manera siguiente:

1) Colocar al enfermo en reposo completo, someterlo a un régimen hipoazoado e hipoclorurado y administrar antisépticos urinarios.

2) Tratar la infección local cuando se la descubra, en particular en el síndrome enterorenal.

3) Instituir la medicación anti infecciosa general para combatir el estado septicémico.

4) Mantener la diuresis y sostener el corazón.

5) Emplear los medicamentos específicos, la bacterioterapia y la seroterapia.

6) Desinfectar las vías urinarias por lavajes antisépticos del bacinete y de la vejiga.

7) Extirpar el riñón en caso que infección hematógena unilateral grave.

8. — *MEDIOS TERAPÉUTICOS*

1) *Régimen y antisépticos urinarios.* — El enfermo será mantenido en cama en reposo absoluto, sometido a régimen lacto-vegetariano o aún hipozoado e hipoclorurado, a fin de imponer a los riñones el mínimo de trabajo: tisanas azucaradas, agua de Evian, caldos de legumbres, jugo de frutas.

Ventosas secas sobre la región lumbar. Antisépticos urinarios por boca: salol, uroformina y benzoato de soda (aa. 1.50 gramos por día) helmitol, uraseptine.

2) *Tratamiento de la infección focal.* — Abrir y drenar ampliamente las colecciones supuradas, que pueden ser causa de la infección renal. En caso de síndrome enterorenal, buscar los parásitos intestinales con el fin de desembarazar al paciente de oxiuros, áscaris, tricocéfalos, etc., que crean en la mucosa puertas de entrada a la circulación, para el colibacilo; combatir la estasis cecocólica, tratar la enterocolitis; desinfectar el intestino por la ingestión de colargol (dos cucharadas de sopa por día de una solución de colargol al 2%) o de criptargol Lumière (8 pildoras por día).

3) *Medicación anti-infecciosa general.* — a) Balneación tibial con botellas de agua caliente sobre las regiones (lumbares (Heitz-Boyer).

b) Inyecciones endovenosas repetidas mañana y tarde de

uroformine en solución isotónica al 25 % (de 0.50 a 2.50 gramos por día en el adulto; de 0.25 a 0.75 en el niño, según la edad) o de septicemine (combinación de uroformine y de iodo conteniendo 45 % de uroformine y 33 % de iodo) de toxicidad prácticamente nula, no determinando hemólisis y que se inyecta en las venas o músculos a la dosis de 4 c.c. mañana y tarde durante varios días. El Lantol (rodium coloidal) da igualmente excelentes resultados en inyección intramuscular repetidas hasta la apirexia.

La medicina quimioterápica cuenta aun con numerosos productos, empleados en el tratamiento de las septicemias y cuya aplicación a las pielonefritis está en estudio. Por ejemplo, el mercuriocromo 220 de Young (Baltimore), que es una fluoresceína oximercurial dibromada conteniendo 26 % de mercurio; la gonacrine (tripaflavina alemana, acriflavina inglesa).

Hasta nueva orden es necesario ser prudente en la utilización de estos productos en el tratamiento de las infecciones pielo-nefríticas.

d) *Diuréticos y tonicardiacos.* — Lactosa, teobromina y sus derivados, scilaréne, suero glucosado isotónico (47 por mil), esparteína, digitalina, aceite alcanforado o sus sucedáneos, adrenalina (en caso de hipotensión). Gota a gota rectal de Murphy.

e) *Medicaciones específicas.* — Comprenden la bacterioterapia y Ja seroterapia.

Bacterioterapia: Después de los trabajos de Wrigth (1904),

la bacterioterapia ha sido aplicada al tratamiento de las infecciones urinarias. Se utiliza vacunas, caldo-vacunas, el bacteriófago d'Herelle. En las pielonefritis colibacilares se utiliza desde hace algunos años la vacunoterapia por vía bucal.

Vacunas. Numerosas vacunas han sido preparadas en el curso de estos últimos años. En definitiva estas vacunas no difieren más que por el modo de destrucción de los microbios, por el número de gérmenes que contienen y la naturaleza del expediente.

Según los laboratorios, los microbios son muertos por el calor, el éter, el fluoruro de sodio, el yodo, el formol o sino usados por la soda.

Estos elementos -microbianos, cuyo número varía por centímetro cúbico desde varios centenares de millones hasta cifras altísimas, están, en suspensión en agua salada fisiológica o en aceite vegetal. En lo que se refiere a las infecciones por el bacterio coli, a causa de la heterogeneidad de esta especie microbiana, el empleo de autovacunas es el único recomendable. Hay ventajas en preparar una vacuna polivalente con los bacilos aislados de la orina con varios días de intervalo.

Caldos-vacunas. — Bajo el término de caldos-vacunas se designan filtrados de cultivos en caldo del germen causal. Bajo la influencia de los trabajos de Besredka se tiende a provocar la inmunización local del aparato urinario llevando la vacuna y aun mismo el caldo-vacuna o

antivirus a la vejiga o al bacinete (inyectada por la sonda ureteral cada tres o cuatro días).

Bacteriófago de Herelle. — El bacteriófago sería, para d'Herelle, un ultravirus capaz de parasitar y Usar ciertos microbios: (bacilo de la disenter'a, bacilo de Eberth, bacilos paratíficos, colibacilos, estafilococos, piociánicos). Ha sido aplicado a la terapéutica de ciertas infecciones.. Se comienza por adaptar en caldo un bacteriófago, al microbio obtenido por siembra de la orina del enfermo. En otros términos, se hace a este bacteriófago capaz de lisar in vitro al microbio del paciente que se quiere tratar. Se filtra el caldo conteniendo el bacteriófago así adaptado y es el filtrado el que se emplea como agente terapéutico, en inyecciones subcutáneas, intravesicales intrapiélicas en las pielonefritis. Hauduroy y d'Alsace han obtenido en doce enfermos infectados por el colibacilo, dos curaciones bacteriológicas, ocho mejorías clínicas: y dos fracasos. Sobre nueve enfermos infectados por el estafilococo d'Alsace -ha obtenido seis curaciones bacteriológicas, una curación seguida de recaída y dos fracasos.

Vacunoterapia por vía bucal. — Augusto Lumière, luego Besredka, han mostrado la posibilidad de obtener experimentalmente la inmunidad contra ciertas infecciones del tubo digestivo (cólera, tifoidea, disenteria bacilar) administrando las vacunas por la boca. Pero es necesario, como lo ha demostrado

Besredka, hacer ingerir previamente bilis. Esta favorece la absorción de la vacuna actuando como mordiente del intestino, es decir, desecando la mucosa intestinal. Se ha aplicado este método al tratamiento de las pielonefritis de origen intestinal. Se emplea de preferencia autovacunas a colibacilos, a dosis altas: una ampolla de 30 cc. conteniendo 500 millares de millones de microbios que se hace tomar cada mañana en ayunas, durante diez días consecutivos (Thiercelin, Becart Gaehlinger).

Seroterapia La seroterapia ha sido aplicada a las septicemias y a las agudas y crónicas por el profesor H Vincent del Collage de Francia inyectado durante la faz aguda de las pielonefritis supuradas determina a veces resultados notables y rápidos: descenso de la temperatura, aclaramiento de la orina, mejoría del estado general.

Pero experiencias y observaciones reiteradas han mostrado que, en el hombre o en los animales curados de su afección o inmunizados por la vacunación, los anticuerpos protectores, que se encuentran sin embargo en abundancia en la sangre, no filtran en la orina (H. Vincent). Es esto lo que explica por qué estando curada la septicemia, el bacterium coli continúa sin embargo o puede continuar vegetando en la orina. Inyectado al enfermo, el suero antibacillar aporta, desde luego en el riñón

y especialmente en los glomérulos, una cantidad masiva de anticuerpos específicos muy activos; pero debe ser ayudado en su efecto por la desinfección simultánea de las cavidades del bacinete y de la vejiga.

Es por esto que Vincent recomienda para el empleo de su suero anticolibacilar la técnica siguiente:

Inyectar cada mañana, baja la piel, durante cuatro a seis días, el contenido de una ampolla de suero (en los casos graves hacer la inyección endovenosa

Al mismo tiempo proceder durante el período do más a menudo posible, a la desinfección del bacinete y de la vejiga con. Soluciones de nitrato de plata.

Es útil distender bien la cavidad de la vejiga con la solución argéntica con el fin de alcanzar al bacterium coli en todos los repliegues en los que puede ocultarse.

Durante este período de tratamiento el enfermo guardará reposo en cama. Régimen lácteo, bebidas diuréticas, nada de medicamentos, salvo aceite de ricino si es necesario.

Las pielonefritis supuradas antiguas son tributarias del mismo tratamiento sérico y antiséptico, pero este debe ser en general más prolongado. Chevassu ha publicado en 1925 y 1927 los resultados notables que ha obtenido en los casos rebeldes con el suero de Vincent. Yo he obtenido igualmente mejorías importantes en enfermos gravemente infectados.

La seroterapia local, es. decir, la inyección en el bacinete mismo de suero colibacilar (asociado a las inyecciones subcutáneas del mismo suero) está en estudio, tiene por finalidad substituir a los lavajes con nitrato de plata. Para obtener resultados favorables, el profesor Vincent aconseja mezclar al suero anti-colibacilar una quinta parte de suero fresco sacado unas horas antes de la vena del mismo enfermo. Este suero fresco aporta, en efecto, el elemento aléxico indispensable para que la acción bactericida se efectúe. La alexina, siendo muy alterable, hay que utilizar sin retardo la mezcla de los dos sueros. Renovar lo más a menudo posible las infecciones locales.

f) *Desinfección directa de las vías urinarias.*—Lavajes vesicales con nitrato de plata o al oxicianuro de mercurio; lavaje del bacinete con la sonda ureteral, al nitrato de plata al 1 por 1000, seguido de una inyección cb la misma sv; o, tancia a: 1 %.

g) *Nefrectomia.* — La nefrectomía puede imponerse de urgencia en caso de pielonefritis hematogena unilateral grave.

C.—ELECCION DE LOS MEDIOS TERAPÉUTICOS

1.—*Pielonefritis agudas*

Alrededor del 50 % de las pielonefritis agudas y sobre todo subagudas, curan completamente después de algunas semanas o algunos días de cama y de dieta sin que sea necesario hacer otra cosa más que asegurar la

evacuación intestinal y administrar por boca colargol (infección a eolibacilo), urometine, salol o ureseptine.

Pielonefritis a forma septicémica. — Pero cuando los dolores lumbares son violentos, la fiebre elevada, la orina intensamente purulenta, en todas las formas septicémicas, hay que instituir la medicación anti-infecciosa general: efectuar inyecciones endovenosas de uroformine o de septicemine y continuar hasta apirexia y aclaramiento de la orina; hacer preparar una autovacuna con uno o mismo dos millares de millones de gérmenes por ce. e inyectarla bajo la piel con 48 horas de intervalo, comenzando por un 1/4 de ce. y continuando luego con 1/2 ce. 2/3 de ce., 1 ce., 1.5 ce... 1.5 ce. 2 c.c., 2. ce

Por supuesto que habrá que esforzarse en suprimir o curar la infección focal: amigdalitis, ántrax, for une ulosis, estasis cecocólica, etc.

Pielonefritis agudas de los urinarios.—Además del tratamiento precedente, se impone la sonda permanente con el fin de suprimir toda retención vésico-ureteral. A veces hasta la cistostomía hipogástrica es necesaria, sobre todo en los prostátieos (Marión).

Pielonefritis agudas a forma hematórica. — La sonda ureteral permanente ha dado buenos resultados a Marión, quien acó a. sej a utilizarlos haciendo caria hora una inyección de nitrato de plata al centesimo en el bacinete.

Pielonefritis agudas prolongadas. — El cateterismo ureteral se impone día por medio en las mujeres, cada cuatro o cinco días en los hombres, con inyección en el bacinete de nitrato de plata al centesimo.

Pielonefritis de los niños. — Tratar la enteritis; alcalinizar la orina con citrato de potasio (0.50 gramos por día en solución acuosa al 2 %) o 2 gramos por día de bicarbonato de soda en solución al 3 % (Tixier). Al cabo de diez días, llevar a la acidez la reacción urinaria con fosfato ácido de soda o benzoato de soda. En los casos graves, Lantol en inyecciones intramus-

culares hasta la apirexia. El Lantol es admirablemente soportado por el niño y da a menudo resultados notables,

Pielonefritis colibacilares. — SI la afección no cede al reposo, a los grandes baños, al colargol por os, a la septicemine o a la uroformine endovenosa o intramuscular, se puede elegir entre las auto-vacunas los caldos vacunas inyectados por la sonda urétera! en el bacinete y la vejiga, el bacteriófago o el suero antituberculoso bacilar del profesor H. Vincent.

Pero el síndrome entero-renal no cura si no se suprime el pasaje de los colibacilos, en Ja circu-

lación sanguínea al nivel del segmento intestinal enfermo.

2.—*Pielonefritis crónicas* Será casi siempre ilusorio tratar de curar una pielonefritis que data de muchos años. La única terapéutica a instituir debe tener por finalidad impedir a la afección llegar a la pionefrosis.

Para obtener este resultado, que es por demás apreciable, hay que realizar tres indicaciones diferentes.

1) En las pielonefritis no complicadas de obstáculo al flujo de la orina, hay que combatir la causa que mantiene la infección o preinocula incesantemente el aparato urinario. Es particularmente el caso para el síndrome entero-renal: hay que suprimir por lo tanto los parásitos intestinales, la estasis ceco-cólica, tratar la enterocolitis.

2) En las pielonefritis crónicas complicadas, se tratará de reprimir o atenuar los trastornos de la excreción, con el fin de transformar la pielonefritis complicada en una pielonefritis simple. Por consiguiente, el riñón atóxico será fijado por una nefropexia que suprimirá todo acodamiento ureteral; los cálculos del riñón y del uréter serán extraídos por nefrotomía, pielotomía o ureterotomía (necesidad de una autovacunación preoperatoria); la estenosis ureteral será dilatada por la sonda permanente; la retención vesical de los estrechados, de los prostéticos y de los medulares será tratada por los medios habituales.

3) La tercera indicación es

común a todos los casos crónicos sin excepción. Consiste en cuidar los riñones por un régimen apropiado y en prevenir la precipitación de las sales urinarias en la orina purulenta que baña las mucosas urinarias. Para esto hay que indicar el régimen preventivo de los liliácicos, formular los antisépticos urinarios y los balsámicos, aconsejar una cura hidromineral anual.

a) En lo que se refiere al régimen alimenticio de los sujetos afectados de pielonefritis crónica, lo mejor es combinar los regímenes aconsejados en la arena: la úrica y oxálica.

b) Los antisépticos urinarios (salol, uroformine, helmítol, urometine, uraseptine, etc.) los balsámicos (perlas y jarabe de trementina, etc.), las aguas diuréticas (Evian), etc., serán administradas alternativamente.

c) Por fin una cura anual en una estación termal suele dar excelentes resultados, especialmente en las pielonefritis colibacilares, calculosas y en todas las infecciones renovesicales de los urinarios.

A esta terapéutica puramente médica, a la cual deberá someterse indefinidamente el enfermo para evitar la pionefrosis, se debe agregar a veces la desinfección del o de los bacinetes por las inyecciones de nitrato de plata por medio del cateterismo ureteral. Los lavajes del bacinete combinados al empleo de autovacunas, del suero del profesor H. Vincent dan mejorías importantes que pueden mantenerse durante meses y aun años.

Roger Even.

(Del Día Médico)

NOTAS

Hacia la Nueva Moral. Educación Sexual y Matrimonio Controlado se titula la última publicación del conocido y exquisito escritor chileno Dr. Juan Marín R. que -con afectuosa dedicación envió recientemente al Director de esta Revista.

Nuevo motivo de agradecimiento y admiración por el laborioso y atento amigo que nos obliga a aumentar considerablemente la elevada estimación en que desde hace mucho tiempo le tenemos.

»—«

Segundo Redactor de esta Revista fue electo el Dr. Manuel Cáceres Vigil para sustituir al

Dr. Antonio Vidal, quien por sus múltiples trabajos se vio en la necesidad de renunciar. Ambos colegas han prestado desde la fundación de la Revista muy señalados servicios que los acrecitan como socios prominentes de la agrupación.

»—«

A partir de este mes las sesiones de la Asociación Médica Hondureña tendrán lugar en el Barrio El Olvido, frente al edificio que ocupó anteriormente la Caja Nacional. Allí estará instalada también la sección de Canjes al servicio de todos los socios.

Las Jornadas Médicas de 1935

En la sesión ordinaria del mes de agosto quedó resuelto el temario para las Jornadas Médicas que han de celebrarse del 20 al 27 de julio de 1935. Fueron seleccionados puntos de interés general, siguiendo como en las anteriores, la misma norma de aportar el mayor contingente posible de conocimientos para el bienestar de la colectividad hondureña.

I.—Biología Hondureña:

- a) Talla, Peso, Superficie, Volumen del hondureño.
- b) Aparato Respiratorio.
- c) Aparato circulatorio.
- d) Sangre, Glóbulos, Hemoglobina.

II.—Régimen alimenticio del hondureño.

III.—Heridas penetrantes del abdomen.

Afecciones de la Vesícula Biliar, Colecistografía

IV.—Demografía Hondureña.

V.—La Tifoidea en Honduras.

VI.—Temas Libres.

Podrán tomar parte en las Jornadas todos los médicos, farmacéuticos, dentistas incorporados en la Facultad de Medicina.

Las personas que deseen tomar participación deberán comunicarlo a la Secretaría de la Asociación Médica Hondureña a más tardar el primero de Junio, y quienes quieren publicar sus trabajos antes de las Jornadas, los remitirán antes del primero de mayo.

La extensión de los trabajos queda a voluntad de los autores, pero cuando su lectura dure más de media hora sólo se permitirá leer las conclusiones.