UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

RIÑON FLOTANTE

TÉSIS INAUGURAL

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

EDUARDO CORSI

EX-INTERNO DEL HOSPITAL ESPAÑOL

BUENOS AIRES
"IMPRENTA NACIONAL" de CARLOS GALLARINI
Calle Cuyo 1273

1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

RIÑON FLOTANTE

TÉSIS INAUGURAL

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

EDUARDO CORSI

EX-INTERNO DEL HOSPITAL ESPAÑOL

BUENOS AIRES
"IMPRENTA NACIONAL" de CARLOS GALLARINI
Calle Cuyo 1273

1901

Art. 162 Del Reglamento de la Facultad
La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. JUAN R. FERNANDEZ

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUËMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario Titular

Dr. D. ZENON AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CÁRLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología Médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Química médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	»	Martin Spuch
Química médica	»	Pedro N. Arata
Histología	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naón
Patología General	»	Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología	»	Pedro J. Coronado
Anatomía Patológic	»	Telémaco Susini
Bacteriologia	»	Cárlos Malbran
Higiene	»	Meliton G. del Solar
Materia Médica	»	Justiniano Ledesma
Medícina Operatoría	»	Adalberto Ramaugé
Clínica ginecólogica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-Laring lógica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilografica	»	Baldomero Sommer
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleize
« Médica.	»	Luis Güemes
» Epidemiológica.	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Julian Aguilar
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejia
» Médica	»	Francisco Sicardi
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N, Chaves
» Obstetricia	»	Samuel Molina
Toxicología experímental	»	Juan B.Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
» Médica.	»	Abel Ayerza
» Génito Urinaria (hombre)	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Alejandro Castro
Clínica obstétrica	»	Eliseo Canton

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología médica		Vacante
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano (en ejercicio)
Química médica	"	Francisco B. Reyes
Botánica médica	"	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química medica	"	Francisco P. Lavalle
Histología	"	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	"	Juan D. Piñer Joaquin Lopez Figueroa
Patología General	"	Gregorio Araòz Alfaro
Anatomía Topográfica	"	Avelino Gutierrez
Fisiología	"	Horacio Piñero
Atonomía Patológica	"	José Badia
Bacteriología	"	Vacante
Higiene	"	Enrique Revilla
Materia Médica	"	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	"	Nicolás Repetto Adolfo Masí
Clínica ginecológica		Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-Laringológica	"	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura (en ejercicio)
Clínica dermatológica y sifilográfica	"	Maximiliano Aberastury
Patología externa	"	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	"	Vacante
Clínica oftalmológica	"	Francisco Barraza Teòfilo A. Moret
Clínica médica	"	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	"	Vacante
Clínica quirúrgica	"	Juan B. Justo
Clínica neurológica	"	José A. Estevez Jose A. Semprum
Clínica médica	"	Ricardo Colòn
Medicina legal	"	Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	"	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	"	Julio Mendez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	"	Fanor Velarde
Toxicología experimental	"	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	"	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Clínica médica	"	Vacante
Clínica génito urinaria hombre	"	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	"	Benjamin T. Solari
Clínica quirúrgica	"	Vacante
Clínica obstétrica	"	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia	,, Miguel Puiggari	,,
Farmacognosia vejetal y animal	,, Juan A. Boeri	Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia	,, Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	,, J. Manuel Irizar	,,
Higiene	,, Ricardo Schatz	,,
Química analítica toxicológica	,, Atanasio Quiroga	,,
Ensayo y determinación de drogas	,, J. Manuel Irizar	,,

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat: Sustitutos
Parto fisiológico y clinica obstétrica Parto distósico y clinica obstétrica	Dr. Juan R. Fernandez	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Anatomía, fisiología, patología	Dr. Leon Pereira	Vacante
Cirujía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria medicina legal	,, Nicasio Etchepareborda	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO

Doctor Luis Güemes

SEÑORES ACADEMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Habiendo tenido oportunidad de observar varios casos de riñón flotante y los errores de diagnóstico á que dan lugar con tanta frecuencia, me he decidido á tomar ese capítulo como tema de la prueba final de mis estudios.

Esta afección bastante frecuente, si bien es cierto que no reviste por su gravedad una importancia capital, puede sin embargo llegar á causar graves molestias, sobre todo cuando el error de diagnóstico conduce á intervenciones inútiles.

No encontrareis nada nuevo en este trabajo, nada que haya escapado á vuestro análisis, vengo tan solo á cumplir con una cláusula reglamentaria basándome en una serie de casos seguidos de éxito que he tenido ocasión de observar.

Cumplo con el deber de manifestar aquí mi agradecimiento al Dr. Luis Güemes por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto.

Historia

Las primeras nociones sobre la movibilidad anormal del riñón fueron dadas por Francisco Pedemontanus en 1581 y después en el 1682 fué también reconocida por Riolan; pero los accidentes que esta movilidad determina no fueron bien estudiados hasta 1841, en que Rayer dedica un capítulo á esta afección en su libro publicado en esa fecha, sobre las enfermedades de los riñones. Más tarde en 1846 publicó otro artículo sobre el mismo asunto en la «Gaceta Médica». En ambos trabajos se encuentran datos importantes para la sintomatologia y el diagnóstico de esta afección que antes habían permanecido oscuros, confundiéndose con los síntomas de otras enfermedades ó con alguna de sus complicaciones.

Después de esa época varios autores empezaron á ocuparse del asunto: Henoc en Alemania, Willis en Inglaterra, Nelaton y Trousseau en Francia.

Fritz, Dietl y Becquet hicieron ya algunas publicaciones de importancia en el año 1859.

Lanceraux también le dedica un extenso capítulo en el diccionario enciclopédico.

Desde que esta afección entró en el dominio de la cirugia con la primera operación de nefrorrafia que practicó Hahn en 1881, le han sido consagrados innumerables trabajos. Desde entónces se ha ido abandonando la nefrectomia que daba una mortalidad excesiva y todos los trabajos se han dedicado á perfeccionar los métodos de la nefropexia; pues la simple fijación de la cápsula grasosa, como aconsejaba Hahn no daba los r-sultados deseables. Bassini fijaba la càpsula propria; Ceccherelli pasaba sus hilos en el riñón; Poullet y Vuillet en 1895 idearon la nefropexia tendinosa. En el mismo año apareció un trabajo experimental de Jaboulay que tiende á demostrar: que la cápsula propia del riñón intacto, pero exteriorizada y puesta en contacto con una curación antiséptica, es capaz de proliferar y que esta proliferación unida al trabajo cicatricial de la herida tegumentaria, permite obtener una fijación sólida del riñón móvil.

Por último Tuffier modificó su primer método que tenía muchos inconvenientes ulteriores, obteniendo con este, resultados halagadores. Actualmente es el método que se sigue siempre y que da una estadística muy satisfactoria.

Anatomía y Patogenía

Los riñones situados profundamente en las regiones lumbares á lo largo de los lados de la última vértebra dorsal y las tres primeras lumbares, reposan casi por igual sobre el diafragma y la hoja anterior de la aponeurosis posterior del músculo trasverso que le separa del cuadrado de los lomos.

El borde superior del riñon corresponde al espacio que hay entre las costillas undécima y duodécima y el inferior está casi á nivel de la mitad de la tercera apofisis espinosa lumbar. Desciende un poco más en el lado derecho que el izquierdo por la presencia del hígado en el primero. Los riñones están rodeados de tejido areolar que contiene en abundancia tejido adiposo entre sus mallas.

Es más abundante y compacto posteriormente que en la parte anterior, pero rodea completamente por todas partes la membrana fibrosa propia de la glándula.

El riñón está mantenido por su cápsula fibrosa y su pedículo, por el peritoneo parietal, pero es sobre todo la «fascia peri-renal» la que tiene mayor importancia en la fijación de la glándula renal.

Las fascia propia subperitoneal, tocando el borde externo del riñón se desdobla en dos làminas: lámina anterior ú hoja pre-renal; lámina posterior ú hoja retro-renal. cuyo conjunto constituye la fascia peri-renal. La hoja posterior ú hoja retro-renal se insinua entre el riñón y el músculo cuadrado lumbar revestido de su aponeurosis, tapiza el psoas cuya vaina celulosa refuerza y viene sobre las partes laterales de la columna vertebral á insertarse sobre los cuerpos vertebrales y los discos intermediarios, inmediatamente hacia dentro de las inserciones del psoas, sin franquear sin embargo la línea media y sin reunirse con la hoja retro-renal del lado opuesto. La hoja anterior ú hoja pre-renal, más delgada, continúa doblando el peritoneo cuyo trayecto sigue exactamente. Es decir que pasa delante del riñón, delante de su hileo y de su pedículo, despues delante de la columna vertebral y de los grandes vasos pre-vertebrales, para ir finalmente más allá del plano medio á continuarse con la hoja correspondiente del lado opuesto.

La vaina renal está por consiguiente cerrada en su parte externa mientras que hacia dentro co-

munica ampliamente, delante de la columna vertebral, con la vaina del lado opuesto. De aquí se desprende la consecuencia clínica que en el sentido trasversal el riñón no puede dislocarse sino hacia la línea media.

El trayecto de las dos hojas difiere mucho, segun Tuffier, del que han hecho clásico las investigaciones de Sappey. Las dos hojas pre-renal y retro-renal, en lugar de reunirse la una á la otra al nivel del polo superior del riñon como lo describía Sappey, continúan su trayecto ascendente, una delante y la otra por detras de la cápsula supra-renal y es solamente al nivel de la extremidad superior de esta que vienen á operar su fusion y á contraer sólidas adherencias con la cara inferior del diafragma. Las adherencias con el diafragma constituyen un sólido medio de suspension para las fascias renales y suministran mejor interpretación al rol preponderante que hay que acordar á la envoltura fibrosa en la fijesa del riñón. Por debajo de este órgano las dos hojas no se fusionan, la hoja pre-renal continúa su descenso doblando el peritoneo, mientras que la hoja retro-renal se devide en laminillas celulosas que se pierden insensiblemente en el tejido celulo-grasoso de la fosa iliaca. De manera que la envoltura renal que contiene el riñón, el pedículo renal, el ureter y la cápsula supra-renal, está cerrada por fuera á lo largo del

borde externo del riñón, cerrada en la parte superior al nivel de las adherencias con el diafragma, mientras que hacia dentro y abajo está ampliamente abierta. De esta disposición anatómica de las fascias se deduce que cuando el riñón sale de su sitio, solamente puede hacerlo en dos direcciones: para adentro hacia la columna vertebral ó abajo hacia la cresta iliaca. Pero el pedículo renal tiene que modificar necesariamente el sentido de la dislocación es decir, que desciende verticalmente hacia la cresta iliaca hasta donde le permite el largo de sus vasos. Amarrado por su pedículo y no pudiendo ya descender, es dirigido hacia la línea media al mismo tiempo que su borde convexo se hace inferior.

De acuerdo con las nociones anatómicas que anteceden podemos establecer su patogenía y desde luego las observaciones nos demuestran que el riñon flotante se manifiesta unas veces por una verdadera luxacion traumática, preparada por una insuficiencia probablemente congénita de los ligamentos del riñon; mientras que en otros casos depende de la debilidad de la pared abdominal y de la insuflciencia de los tejidos.

Volkoff y Delitzine han hecho interesantes estudios sobre el cadaver para comprobar todas las condiciones que pueden tener alguna influencia en la dislocación de los riñones. Estudiando la movi-

lidad renal sobre un cadáver normal han constatado que existe cierto grado de desplazamiento fisiológico tanto en el derecho como el izquierdo, en el hombre como en la mujer. Estando el cadáver en la posición horizontal los riñones dislocados vuelven á su sitio. Si se abre el vientre estando el cuerpo en la posición vertical se determina un descenso considerable de las glándulas renales, sin que haya alargamiento de los ligamentos ó de los vasos del hileo, ni aumento de peso ó de volúmen de los riñones. Si se elimina la capa muscular de la pared abdominal los riñones se deslocan hacia abajo y adelante. La dislocación es favorecida por la introducción de aire en la pleura y el aumento de peso de los riñones obtenido con inyecciones mercuriales por los uréteres produce la caida inevitable del órgano.

De manera que el mecanismo de la nefroptosis parece estar más en relación con el equilibrio intra-abdominal que con el estado de los ligamentos peritoneales ó con el volúmen del intestino. Este equilibrio es sostenido por una parte por la pared abdominal que por sus contracciones regulariza el volumen del contenido. Por otra parte el peritoneo parietal y el intestino provisto de una envoltura muscular contractil y que por oclusión hermética pueden ser considerados como formando un todo único con los demás órganos contenidos en el

saco peritoneal, contribuyen por intermedio de la pared abdominal á mantener este equilibrio. En caso de insuficiencia anatómica de la envoltura renal, mientras se mantenga el equilibrio intra-abdominal, el riñón puede quedar en su sitio; pero roto este equilibrio, como sucede con la evacuación rápido de una ascitis, el riñón puede dislocarse.

La extensión del movimiento del riñón varía mucho, unas veces es muy poco pronunciado y en otros casos es muy considerable. Se han visto casos en que el riñón se movia á través de un espacio de 48 á 54 centímetros.

Etiologia

El origen de la dislocación renal puede remontarse hasta la vida intra uterina, constituyendo la ectopia congénita que puede presentarse aislada ó acompañando á las ectopias de otros órganos. Pero estos casos se pueden considerar más bien como anomalías de formación, en que el riñón ocupa distintas posiciones sin que su pedículo esté alargado, sino que sus vasos nacen del tronco arterial más próximo. Estas ectopias congénitas raras veces dan lugar á trastornos considerables así que pasan generalmente desapercibidas ó se encuentran accidentalmente examinando á un enfermo en busca de otra afección cualquiera. Otras veces es un hallazgo de autopsia, habiendo permanecido la afección hasta entonces ignorada.

En estas ectopias congénitas es más frecuente encontrar luxado el riñón izquierdo, pero se han encontrado casos en que los dos á la vez estaban dislocados, solo que entonces estaban unidos á manera de herradura de caballo.

La ectopia accidental de la que solo me ocuparé se caracteriza por la movilidad que adquiere el riñón en la cavidad abdominal donde puede sufrir desplazamientos, que lo trasladan de una región á otra.

La distinción entre riñón flotante y riñón movible de los autores ingleses, distinción puramente anatómica que considera como flotante solamente al que posee un repliegue del peritoneo ó meso-nefron, no tiene ya razón de ser ante los hechos clínicos y hoy se emplean estos términos indistintamente.

Establecida así la movilidad renal es muy frecuente, sin embargo defieren mucho las estadísticas á este respecto, pues Neumann sobre 11000 autopsias encuentra 11 riñones movibles y Ebstein 5 sobre 3698, mientras que Skorckevosky dice que entre 1423 pacientes que examinó en vida, 32 mujeres entre 1030 y 3 hombres entre 393 estaban afectados de movilidad del riñón. Esta diferencia depende de que los primeros reconocian sugetos postmortem y el último examinaba enfermos, y es necesario que haya dislocaciones considerables para que sean apreciables en la autopsia. Se puede decir sin incurrir en exageración que el maximum de frecuencia indicado por Skorckevosky está en lo cierto, pues es raro examinando las enfermas de una sala de hospital tomadas al azar, no encontrar una ó varias mujeres cuyo riñón es anormalmente movible.

Esta afección es muchísimo más frecuente en la mujer que en el hombre y segun algunas estadísticas se encuentra en la proporción de cien á uno. Generalmente se presenta este accidente en la edad de dieciocho á cuarenta años coincidiendo este período cón el de la actividad de las funciones sexuales. El riñón derecho se disloca mucho más amenudo que el izquierdo y aun Tuffier llega á la convicción que el derecho es atacado 95 veces sobre 100 y en los otros cinco casos los dos son movibles.

Atribúyense las causas de este predominio al peso del hígado por una parte, á la mayor longitud de los vasos renales derechos, por otra, y al hecho de que el colón ascendente está menos firmemente unido al riñón derecho que el descendente al izquierdo.

Además el riñón izquierdo tiene indudablemente una fijeza mayor que lo favorece, posee un mesenterio, sus vasos tienen menor longitud y segun Landau están fijos al pancreas. Por otro parte la vena supra-renal izquierda se vierte en la vena renal izquierda, lo que trae como consecuencia que el riñón venga de este modo á quedar fijado hasta cierto punto á la cápsula supra renal que permanece siempre inmóvil y es muy difícil de dislocar.

Las causas determinantes nos son mal conocidas, sin embargo como para el mecanismo de las her-

nias hay que atribuirlas á la presión abdominal exagerada y á la insuficiencia de los medios de contención.

Una de las causas qué más se han incriminado son los embarazos múltiples, ó mejor dicho, los partos repetidos y en efecto concurren en este caso muchas circunstancias propicias para la producción de la luxación renal. Por una parte las contracciones forzosas del diafragma durante el parto y la consiguiente presión hacia abajo, ejercida mas especialmente sobre el hígado y el riñón derecho, por otra parte la repentina pérdida de presión intra-abdominal despues del alumbramiento la disminución de resistencia muscular en las paredes abdominales y su flacidez despues del parto; esto unido á la circunstancia de mantenerse demasiado pronto en la estación vertical, son causas propicias para producir este accidente. Por esta razón se observa muy amenudo en las clases pobres que se dedican á trabajos mecánicos demasiado pronto sin cuidarse de una contención abdominal apropiada.

La apretura de la cintura por la compresión intermitente del corsé es otra causa probable. Cruveilhier dice haber observado á menudo el riñon derecho movible y también muy desviado de su posición normal, en mujeres que han usado corsés muy apretados. Esta causa ha sido muy discutida

pues si bien es cierto que el corsé puede provocar una alteración en la situación y en el equilibrio de las visceras abdominales, también es cierto que en la mayoria de estas enfermas no puede ser incriminada esta causa. Sin embargo los partos repetidos y el corsé esplicarían hasta cierto punto el enorme predominio del sexo femenino para contraer esta afección. Pero no es solamente el corsé sino que cualquier ligadura que ejerza una fuerte contricción en la base del torax, es capaz de producir la luxación. En este caso se encuentran los militares que por el uso reglamentario del cinturón soportan continuamente una fuerte compresión en la parte inferior del torax. Lo mismo pasa con las campesinas que aunque ignoren el uso del corsé llevan en cambio tan fuertes ligaduras para sostener sus vestidos que en las autopsias se han encontrado algunos órganos que conservaban todavía el sello del lazo constrictor.

La dislocación renal se ha presentado también en los que hacen con frecuencia muchos esfuerzos musculares por los fuertes pesos que se ven obligados á levantar en razón de su profesión, aumentando con esto la presión intra abdominal y constituyendo estas condiciones un momento propicio para producir la formación de una hernia ó la luxación de un órgano.

En muchos casos la inmediata causa de la

movilidad ha sido de naturaleza traumática, como un golpe en la región lumbar, una caida sobre los piés ó las nalgas ó una fuerte y repentina conmoción. Un caso de esta naturaleza es el que refiere Henoch, de un militar que al caer del caballo quedando en pié sufrió una violenta conmoción en todo el cuerpo y después tuvo los dos riñones movibles.

Reasumiendo: la pérdida del equilibrio en la presión intra abdominal y los esfuerzos y traumatismos son las dos grandes causas del riñón flotante.

Síntomas

Los síntomas que determina el riñón flotante son muy variables. El enfermo puede no sentir molestia alguna ó simplemente una sensación de fastidio, sensaciones anormales de dolor vago é insidioso que las localiza en uno de los flancos, en la región lumbar ó en el epigastrio, que lo han obligado á recurrir á un médico por sufrimientos cuya causa ni siquiera sospecha.

En otros casos el dolor es agudo y se presenta subitamente durante un esfuerzo violento ó después de una caída sobre los pies ó de un traumatismo ó sin causa apreciable. El enfermo es atacado repentinamente de dolores intolerables que recuerdan los de un cólico nefrítico. Estos dolores se presentan como verdaderos accesos neurálgicos, se irradian al torax y abdomen hacia el pliegue inguinal y se acompañan muy amenudo de vómitos primero alimenticios y luego biliosos que se repiten dos ó tres veces en el día. Los movimientos bruscos de cualquier clase que sean

los exasperan y hacen reaparecer las crisis pasadas por el descanso.

El enfermo toma las posiciones más bizarras, generalmente la flexión forzada del tronco los alivia.

Estos accesos pueden terminar brusca ó lentamente, en ciertos casos es posible reducir el riñón cuando empieza la crisis y entónces cesan rapidamente todos los síntomas; otras veces termina por la reducción espontánea después de un descanso prolongado en decúbito dorsal. Algunas veces la defervescencia es seguida de abundante emisión de orina clara y limpia.

Pasado el acceso los dolores no molestan mucho salvo en casos excepcionales en que la vida del enfermo se hace insoportable.

Diversas opiniones se han emitido para explicar estos síntomas dolorosos: unos los atribuyen á un estado congestivo del riñón, otros como Vigneron y Gilescoki á la torción ó acodadura del pedículo con hidronefosis intermitente consecutiva: Tillaux dice que la diversidad de síntomas depende sin duda de la diferente acción que ejerce el riñón sobre el plexo solar. Cuando hay aumento de volúmen del órgano durante la crisis y coincide su disminución con la emisión abundante de orina, se puede interpretar como retención temporal de orina en el riñón, pero cuando

esta relación no existe, hay que admitir una congestión renal con accidentes neurálgicos.

Además de las crísis dolorosas y pasageras acompañan al riñón flotante la dilatación de estómago con sus malas digestiones, eructos, timpanismo y constipación.

Hay amenudo desviaciones del aparato genital en la mujer, prolapsus del utero, várices en las piernas y con mucha frecuencia varicocele en el hombre.

Pero todas estas alteraciones orgánicas no dependen del riñón flotante sino que son manifestaciones de un mal estado general caracterizado por una insuficencia de todos los tejidos, una decadencia vital, una verdadera distrofia especial.

Durante una crisis es casi imposible poder hacer el examen del enfermo, pues las paredes abdominales están contraidas y el paciente no soporta la palpación abdominal. Calmados los dolores el examen es ya más fácil y en presencia de un enfermo que presenta algunos de los síntomas enumerados hay que hacer la exploración del riñón. La inspección de la región lumbar no suministra datos positivos sino en sujetos muy flacos en que se puede notar una disminución de volúmen ó aplanamiento de la región sobre todo comparándola con el lado opuesto. Una revelación importante puede dar la inspección del

vientre, cuando se encuentra en presencia de un vientre trilobado, vientre péndulo que indica una atonia especial de la pared y que se encuentra muy amenudo en estos casos. La palpación nos da signos más precisos y para obtener todos sus resultados es esencial la posición que hay que dar al enfermo.

La posición genu pectoral solo se emplea para casos especiales y requiere costumbre ó habilidad especial del cirujano. El decúbito lateral empleado por muchos es bueno, pues acostado el enfermo sobre el flanco del lado sano, el riñon tiende á caer debajo de las falsas costillas y á hacer eminencia en la región umbilical. Pero se debe empezar desde luego por el examen en el decúbito dorsal, los hombros y la parte superior del torax un poco levantada, las piernas ligeramente flexionadas; se ruega al enfermo que respire lentamente y sin ningun esfuerzo. La palpación unimanual no da sensaciones bien claras por falta de apoyo hácia atras de la glándula renal, es preferible la exploración bi-manual simple: una mano colocada en la región lumbo costal forma un plano resistente que permite apreciar más claramente el contorno de la glándula y al mismo tiempo empuja delante de la mano anterior el órgano á explorar.

En estas condiciones se encuentra debajo del

reborde costal ó aún en la escotadura ileo-costal ó en la fosa iliaca, un tumor de forma ovoidea prolongada con su gran eje colocado oblicuamente de arriba á abajo y de fuera adentro. Completamente liso en su superficie presenta en su borde interno que mira hácia arriba y adentro, una depresión que corresponde al hileo: Es elástico renitente y movible en una estensión variable, generalmente de las falsas costillas al ombligo, pero excepcionalmente se lo puede ver pasar de un lado al otro de la línea media. No siempre se puede circunscribir el tumor entero, á veces es solo apreciable por su extremidad inferior y esto depende de la estensión del desplazamiento. Cuando se le toma entre las manos se escapa facilmente dando una sensación parecida á la que se produce cuando se toma entre las manos un pescado por la parte posterior que huye cuando se hace una ligera presión. Las extremidades y el borde externo son convexos, el interno cóncavo, las dos caras casi planas.

La presión sobre un riñón normal no es propiamente dolorosa, sino que produce una sensación desagradable, sui generis, semejante á la que se experimenta cuando se aprieta un testículo ó una mama. Un caracter importante es el ser reductible en la fosa lumbar y desaparecer completamente. En este caso es necesario á veces

examinar el enfermo de pie, sacudirlo, hacerlo caminar, hacerle tomar posiciones bizarras para que aparezca de nuevo.

La percusión abdominal da generalmente un sonido claro por interposición de una ansa intestinal, pero en algunos casos poco frecuentes en que el riñón posee un pedículo muy largo puede venir á colocarse inmediatamente debajo de la pared abdominal y dar un sonido oscuro.

La percusión lumbar tiene un valor muy relativo, pues la matidez del riñon derecho es difi cilmente apreciable á causa de la matidez del hígado. Del lado izquierdo es más fácil de constatar pero sus resultados son insuficientes. Se obtienen datos mucho más precisos combinando la percusión á la auscultación con el fonendoscopio. Se coloca el fonendoscopio con su vástago en la región lumbar, estando el enfermo de pie y se dan golpecitos suaves con la yema del índice, en la región al rededor del vástago. Estando el oído un poco acostumbrado al aparato se perciben los menores cambios de sonoridad, y se puede limitar así el órgano si está en su sitio ó en caso contrario se obtiene un sonido más claro de la región.

Hay que añadir por ultimo, que los síntomas funcionales no están siempre en relación con la estensión del desplazamiento renal.

Diagnóstico

La ectopia renal es una de las afecciones que más se prestan á errores de diagnóstico, pues no siempre se presenta con todos los síntomas que la caracterizan ó falta el principal que es la presencia del tumor abdominal accesible á la palpación. Hay casos que aún en presencia del tumor se puede incurrir en errores de diagnóstico. Muchas laparotomias se han hecho creyendo extirpar un tumor cualquiera y una vez abierto el vientre se ha encontrado que el tumor era un riñón flotante sin haber pensado en él.

Durante una crisis dolorosa, el examen resulta muy difícil pues el enfermo está contracturado é inmoviliza su flanco y si se llega á tocar el tumor, es doloroso é irreductible y parece casi inmóvil. En estos casos se puede dudar entre un cólico nefrítico, un cólico hepático, una neuralgia lumbar una gastralgia y si los vómitos son repetidos y el vientre está algo distendido se puede pensar hasta en una obstrucción intestinal ó una peritonitis,

como en el caso de la observación 3ª en que además de los vómitos que duraron tres días había una constipación tenaz que persistió todavia algunos días después de disipados los demás síntomas. Solamente los antecedentes y la desaparición del tumor después de la crisis pueden poner sobre la via del diagnóstico. Examinada la lesión á frio, el diagnóstico es ya más fácil salvo en algunos sujetos de tejido adiposo muy desarrollado en que la palpación del abdomen no da sensaciones muy claras. Puede sin embargo confundirse con un tumor del hígado, del mesenterio, del epiplon, con la vesícula biliar distendida y en fin con quistes del ovario de pedículos largos. Los tumores del hígado se distinguen por su matidez continúa hácia adelante con la glándula hepática; el mismo caracter tienen los tumores de la vesícula, los que además hacen prominencia hácia el ombligo, son irreductibles y poco móviles. En casos raros se ha podido confundir con un quiste hidatidico del hígado pediculado. Ciertos cánceres del colon por su forma y su sonoridad pueden prestarse á errores, sin embargo estos neoplasmas se acompañan generalmente de oclusión y hemorragia intestinal. Hay casos de esta naturaleza que son realmente de un diagnóstico muy difícil como el que refiere Tuffier en que se trataba de un cancer del colon descendente que por su for-

ma y sus conexiones parecía un riñón flotante, solamente había tal vez un poco ménos de movilidad. He tenido oportunidad de ver algunos errores de diagnóstico en casos mucho más fáciles, como en las dos primeras observaciones en que se pensaba en todo ménos en el riñón flotante.

Los tumores del mesenterio tienen muchos síntomas comunes con la nefroptosis, pues son sonoros en su cara anterior, movibles, pero no son francamente reductibles, son medianos y están fijados hácia arriba.

Los quistes del pancreas estudiados por Backel dan por la percusión delante del tumor un ruido hidro-aérico que sería muy significativo según Le Dentu.

El diagnóstico en estos casos es siempre difícil pero se puede recurrir al método de Minkowsky y de Naunyn que consiste en llenar de agua el intestino grueso para estudiar las variaciones de sus relaciones con el tumor; si es el riñón, la replexión del intestino reduce parcialmente el tumor en la fosa lumbar y marca sus contornos. Lo mismo se obtiene distendiendo el estómago por el ácido carbónico producido por la ingestión de una mezcla de bicarbonato de sosa y ácido tártrico. Es mucho más fácil reconocer los tumores del ovario y del útero por su marcha ascendente, su matitez y los signos suministrados por el tacto vaginal y rectal.

Reasumiendo: en presencia de una enferma que ha tenido á intervalos más ó menos largos crisis dolorosas en el epigatrio con irradiaciones al abdomen, aconpañadas de vómitos que han pasado en dos ó tres días sin dejar rastros y que á la palpacion del abdomen se nota un tumor con los caracteres indicados, movible y que se escapa de entre las manos; hay que pensar en el riñón flotante. El solo hecho de pensar en él es ya una probabilidad de evitar un error de diagnóstico.

Una vez establecido que se trata de un riñón flotante hay que averiguar si ese riñón está sano o alterado. Los antecedentes del enfermo, el volumen del órgano y el análisis de la orina nos indicarán si hay algun tumor ó una pielonefritis. Es además necesario investigar si el riñón movil es simple ó complicado.

Los signos de enteroptosis y de prolapsus de de otros órganos nos indicarán la naturaleza de la afección y los accidentes imputables á cada una de las alteraciones que lo acompañan.

Complicaciones

Un riñón flotante pnede durar toda la vida del enfermo sin producir ninguna complicación. No debemos considerar como complicaciones propiamente dichas á diversas alteraciones que acompañan con tanta frecuencia al riñón flotante. La dilatación de estómago, la ectasia cecal y cólica, la constipación que segun las teorias mecánicas serian debidas á la compresión por el riñón dislocado no están bajo la dependencia de este sino que son manifestaciones de una enfermedad general, resultado de una verdadera insuficiencia fisiológica de los tejidos. Lo mismo pasa con las desviaciones del aparato genital en la mujer, flexiones ó versiones del útero y el prolapsus del mismo órgano; alteraciones que segun Thiriar serian debidas al riñón dislocado que provocaria una congestión uterina en la mujer ó un varicocele en el hombre. La misma apendicitis que es bastante frecuente ha sido considerada como una complicación del riñón flotante, hasta el punto que Edebohls

afirma que la apendicitis crónica se cura con lo nefropexia.

La complicación más frecuente es la hidronefrosis intermitente que puede provocar en el órgano una alteración y una destrucción del tejido. En este caso las crisis dolorosas más persistentes se acompañan de anuria y á veces de ligera hematuria y en el intervalo de los accesos puede el riñón no volver ya á su estado normal, quedando voluminoso y por consiguiente la hidronefrosis hacerse permanente. Esta complicación no es fatal pues muchas enfermas pueden tener durante varios años, crisis dolorosas agudas y en los intervalos volver el riñón á su volumen normal. El accidente más grave es la pionefrosis que se produce por la infección bastante frecuente de estas hidronefrosis.

Hay algunas otras complicaciones que son muy poco frecuentes, como la oclusión intestinal por compresión de una ansa de intestino, el edema de las piernas debido á la compresión ú obliteración de la vena cava, el varicocele sintomático y los accidentes de uremia por acodadura de los dos uréteres.

En algunos casos se puede constatar la abolición del reflejo faringeo, la disminución del campo visual, placas de anestesia, neuralgias del ovario, rarezas en el caracter y hasta ataques histeriformes. En fin toda la serie de alteraciones funcionales

que caracterizan el nervosismo ó la neurastenia.

Se han observado tambien abortos repetidos en algunos casos de riñón flotante y tambien trastornos de la menstruación que influyen notablemente en la exacerbación de los dolores.

Suele tambien presentarse una ictericia rebelde á causa de la compresión probable del canal colédoco ó más bien debida á estiramientos y desplazamientos del duódeno que llegan á producir una obstrucción del orificio del canal colédoco.

Marcha y pronóstico

Establecida la movilidad renal en una de las formas enumeradas en la etiologia, su marcha varía segun que sea simple ó complicada. En el primer caso puede durar toda la vida del enfermo sin variación, ó bien en casos raros el riñón dislocado puede fijarse en un punto del abdomen ó aun en su sitio normal y permanecer allí por un proceso natural despues de un embarazo, de una peritonitis ó por haber recobrado el enfermo su gordura anterior. En la forma pasiva, es decir cuando es sintomático de una debilidad general de los tejidos, en que hay prolapsus de otros órganos, enteroptosis, dilatación de estómago, descenso del útero; constituye un estado complejo que puede ser grave por las alteraciones de la salud general la pérdida de fuerzas y la impotencia funcional que son la consecuencia. Su pronóstico no es fatal ni aun en esta forma que es la más comun porque puede combatirse por una terapeutica eficaz.

Puede sin embargo volverse verdaderamente

grave el pronóstico en caso de complicaciones como la pionefrosis ó pielitis, uremia ó por encontrarse enfermo el otro riñón.

Considerado el pronóstico en cuanto á su duración es grave en todos los casos puesto que en general dura toda la vida si no se interviene y aunque no compromete la vida del enfermo sino muy raras veces, puede volverse una causa perpetua de sufrimientos y de decadencia orgánica por la continuidad de los accidentes que determina.

Tratamiento

En el tratamiento de esta afección no hay que esperar en esas curaciones espontaneas aunque se han observado algunos casos de mujeres que al llegar á la época de la menopausa han visto desaparecer su tumor con todo el cortejo de sus molestias.

La conducta del médico varía segun que se encuentre en presencia de accidentes agudos ó en el intervalo de una crisis. En el primer caso hay que abstenerse de toda intervención y limitarse á calmar el dolor con fomentos calientes, el decúbito horizontal y la morfina á pequeñas dosis. Debe efectuarse la reducción del órgano siempre que sea posible, por la posición horizontal con las nalgas elevadas y por la presión de la mano. Muchas veces resulta difícil esta reducción pero una vez conseguida cesan por lo general todos los síntomas inmediatamente. No basta efectuar la reducción debe enseguida mantenerse el riñón en su sitio y para este objeto tenemos los vendajes ó aparatos especiales que consisten en una cintura elástica

provista de almohadilla con resorte. La almohadilla debe ser ancha y hay que aplicarla delante de la escotadura costo iliaca, estando el enfermo en el decúbito dorsal y el riñón reducido. La verdadera dificultad consiste en la elasticidad del resorte, pues si es demasiado debil no mantiene al órgano en su sitio y si es demasiado fuerte no se puede tolerar.

Por lo demás la forma, inclinación y curbadura varían segun los sugetos. Estos medios paliativos prestan sus servicios en muchos casos pues alivian á los enfermos pero no hay que esperar en una curación que permita prescindir de ellos en un momento dado.

Cuando apesar de los medios indicados persisten los dolores y hay enflaquecimiento progresivo, accidentes que remontan á un tiempo más ó menos largo es necesario recurrir á medios màs heroicos. La operación de elección es la nefropexia ó fijación del riñón que consiste en provocar adherencias entre la glándula y la pared lumbar; operación que fué practicada por primera vez por Hahn en 1881. Antes de esa época solo se hacia la nefrectomia por la via lumbar ó la abdominal con resultados desastrosos pues segun las estadísticas daba una mortalidad de 27 por 100. Esta operación que se puede llamar mortífera debe reservarse únicamente para aquellos casos en que ha fracasado más de

una vez la nefropexia y que la vida del enfermo se hace insoportable y aun en este caso hay que estar bien seguro de que el otro riñón funciona bien, pues de lo contrario seria condenar al enfermo á una muerte segura.

La nefropexia por el contrario es una operación facil y benigna que se puede comparar á este respecto con la cura radical de las hernias. Sus resultados tanto inmediatos como alejados son muy satisfactorios, pues la fijación es siempre perfecta, los dolores desaparecen en casi todos, las alteraciones dispepticas y nerviosas se curan ó se mejoran en más de la mitad de los casos.

La técnica operatoria ha sido sucesivamente modificada desde la primera que practicó Hahn y que hubo que abandonar por sus fracasos repetidos, pues este autor aconsejaba la simple fijación de la cápsula grasosa.

El mismo Tuffier ha modificado su primer método que consistia en fijar el riñón entre los planos musculares, calificando de malo este procedimiento pues no permite la constricción del talle en la mujer ni soporta siquiera los vestidos á este nivel.

El manual operatorio adoptado actualmente por Tuffier es el que da mejores resultados. Se coloca al enfermo en decúbito lateral del lado opuesto á operar. Rodeados de todas las precauciones antisépticas como de costumbre, se practica la incisión

en la región lumbar descendiendo de la undécima costilla á la cresta iliaca, á cuatro traveses de dedo de las apófisis espinosas; se incinden los diferentes planos musculares y mientras un ayudante empuja y fija el riñón hnndiendo el puño en el flanco del enfermo, se procede á la disociación lenta de la cápsula grasosa. Durante este tiempo y para evitar que el colon haga hernia sin cesar en la herida, se colocan dos anchos separadores. Una vez puesto el órgano al descubierto en toda la estensión de su borde convexo y de sus dos caras adyacentes se pasa un hilo grueso de catgut ó seda en pleno parénquima, en su parte inferior de manera de fijar el órgano entre los labios separados de la herida. De la misma manera se procede en su extremidad superior á unos cuatro centímetros del vértice del riñón, y despues se aviva el parenquima cortical disecando la cápsula de Malpighi en la cara posterior y su borde convexo. Para esto se practica en el borde convexo una incisión vertical de todo el largo del riñón, que interese solamente la cápsula fibrosa. En los extremos de esta incisión se hacen otras dos horizontales de 4 ó 5 centímetros de manera de tener la figura de una I. Con una pinza se decortica así la cara posterior del riñón de su cápsula fibrosa, y se sacan con la tijera dos colgajos, obteniendo de este modo una superficie cruenta. A esta disección sigue un ligero escurrimiento sangui-

neo que se detiene facilmente por la compresión y se coloca en seguida un tercer hilo en el medio del riñón en plena sustancia renal. Se puede usar para pasar los hilos agujas de Hagedorn ó mejor la curba de Reverdin, y se fijan los superiores al periostio de la cara externa de la duodésima costilla, los medianos á la extremidad superior de la incisión aponeurótica profunda, los inferiores á esta misma aponeurosis. Conviene que estos hilos sean dobles y anudarlos por separado antes de abrazar los distintos planos musculares y aponeuróticos para evitar que las ligaduras corten el parenquima al afrontar la parte avivada á la pared muscular. Suturadas las diferentes secciones musculares en tres planos, al catgut y la piel con crín de Florencia se coloca la curación clásica, gaza aséptica y algon esterilizado. El enfermo debe permaner en decúbito dorsal, la pelvis levantada por una almohada y moverse lo menos posible durante veinte días. En los primeros días que siguen á la operación la cantidad de orina disminuye, despues del decimo día se exagera y hasta los trece ó catorce días no se restablece la cantidad fisiológica.

Los resultados de esta operación son muy satisfactorios pues sobre 177 casos tenemos: curaciones absolutas 92, mejorias persistentes 23, resultados satisfactorios 24, mejorias temporales 8, sin resultado 20, muertos 8.

Segun la estadística de Tuffier sobre 75 nefropexias tuvo dos muertos, uno de tétano al séptimo día y el otro de bronco-neumonia gripal. Todos los demás operados han resultado beneficiados con la intervencion, los accidentes dolorosos han desaparecido completamente. Es por consiguiente una operacion eficaz que está siempre indicada cuando el riñón movil es la única causa de los accidentes y sobre todo cuando aparecen signos de hidronefrosis intermitente. La bilateralidad de las lesiones no es una contra indicación porque se han operado con éxito muchas enfermas en estas condiciones.

En los casos de fracasos sucesivos de la nefropexia con persistencia de los accidentes ó en caso de alteración notable del riñón por pionefrosis está indicada la nefrectomia.

El método de elección para esta operación es la via lumbar. Se coloca el enfermo en el decúbito lateral sobre el lado sano inclinando un poco el sugeto sobre el vientre, el muslo del lado enfermo flexionado. Se hace una incisión oblicua de 9 á 10 centímetros sobre el borde externo del músculo sacro lumbar empezando en la undécima costilla. Se corta la piel el tejido celular, las fibras inferiores del gran dorsal, los músculos oblicuo mayor y menor y la aponeurosis del trasverso; despues la grasa peri-renal y se aborda entonces el iñon.

Siguiendo el procedimiento de Ollier se incinde su cápsula propia en toda su altura y tomándola en seguida con una serie de pinzas se va desprendiendo con la punta de los dedos hasta llegar al hileo del órgano. Se puede hacer entónces una ligadura en masa ó mejor se pasa el hilo en el medio con una aguja roma y curba para ligarlo en dos manojos comprendiendo el superior los vasos y el inferior el ureter.

Para más facilidad se puede tomar primero el hileo con una pinza curba, extirpar el riñón y ligar después el pedículo. Es bueno cauterizar en seguida la parte del ureter próxima á la ligadura. Terminada la operación se hace el toilette de la cavidad y si el campo operatorio no ha sido infectado se hace la reunión sin drenage.

La estadística de Gross da 129 curaciones 104 muertos sobre doscientos treinta y tres operados de nefrectomia.

Observaciones

Ana A. de R. de veinte y siete años de edad, viuda. Antecedentes hereditarios sin importancia. Sana y robusta hasta la época del casamiento, tuvo un solo hijo. Durante el embarazo y después del parto soportó muchos sufrimientos físicos y morales proporcionados por el marido, hasta el punto de verse obligada à levantarse de la cama al día siguiente del parto.

Desde esta época enflaqueció notablemente y al poco tiempo empezó á sentir dolores en el epigastrio que se fueron acentuando á intervalos primero largos y después más acercados. Más tarde sobrevinieron vómitos que en las últimas crísis eran incoercibles durando dos y tres días sin poder alimentarse en absoluto.

Los médicos que la vieron entónces decían que eran ataques de gastralgia histérica. Hace unos cuatro años después de una crisis la examinó en consulta un cirujano el que diagnosticó un hidro-salpins y poco tiempo después le practicó una histerectomía vaginal; el útero estaba perfectamenie sano y todavía lo conserva la enferma. Después de la operación pasó algunos meses regularmente y se creía curada cuando volvieron de nuevo los dolores, hasta que cansada de sufrir entró al Sanatorium de Caride hace dos años.

Examinada la enferma se notaba á la palpación del

abdómen, del lado derecho, debajo de las falsas costillas un tumor liso, aplanado, movible algo doloroso y que se escapaba de entre las manos. Dados los antecedentes y los caractéres de este tumor, se diagnosticó un riñon flotante. Propuesta la operación y después de alguna resistencia de parte de la enferma motivada por el fracaso de la primera, se decidió á operarse. Dos días más tarde se le hizo la nefropexia por el método de Tuffier.

Durante algun tiempo sintió algunas molestias, ligeros estiramientos sobre todo al levantarse. Ha usado por tres meses una faja simple sin almohadilla. El riñón se ha mantenido en su sitio, los dolores han desaparecido por completo, ha aumentado de peso y actualmente se encuentra la enferma muy satisfecha.

Observación 2 a—Elisa R. de veinte y dos años de edad soltera. Vino de un pueblo de la provincia é ingresó al Hospital Español recomendada por el médico del pueblo para ser operada de un quiste hidatídico del hígado.

Hacia dos años que la enferma empezó á sentir molestias, sensaciones de fastidio como estiramientos que las localizaba en el hipocondrio derecho. Poco después se notó un bulto en esa región que según ella fué aumentando de volúmen poco á poco y las molestias continuaban hasta que recurrió al médico el que hizo el diagnóstico ya indicado.

Examinando la enferma se notaba efectivamente un tumor liso algo aplanado en esa región y poco móvil y estando la enferma de pié hacía prominencia hácia adelante. Como venía con diagnóstico hecho, después de

un ligero examen se resolvió operarla á los dos días. Una vez abierto el vientre se vió con sorpresa que el tumor era el riñon, se volvió á cerrar y en otra sección se le hizo la nefropexia por el método Tuffier. Se levantó á los veinte días y permaneció en el Hospital quince más. En esa fecha la enferma se sintió bien, el riñon èstaba solidamente fijado, lo que se comprobó en la posición genu pectoral. Salió de alta y no he tenido ya oportunidad de volverla á ver.

Observación 3.a—E. C. de P. de treinta y siete años de edad, casada, de constitución débil, madre de cinco hijos. Despuès del tercer parto empezó á sentir dolores en el epigastrio que se repitieron con intervalos hasta de dos meses, ataques que se calmaban en el día y que los médicos la asistían por calambres de estómago. Desde su cuarto embarazo los dolores desaparecieron creyéndose curada pues llegó á pasar hasta cuatro años sin novedad. Reaparecieron después de su último parto y se repitieron cada vez con mayor intensidad, irradiándose al abdomen y el pliegue inguinal. Mas tarde se acompañaron de vómitos, lipotimias y tenesmo vesical. En su último ataque fué asistida por tres médicos que la vieron en consulta, el ataque había empezado el día anterior. La enferma tenía vómitos copiosos que se repitieron hasta cuatro veces en el día, bañada en sudor frio permanecía sentada en la cama con el tronco flesionado no atreviéndose á moverse porque se exacerbaban los dolores. Se le puso una inyección de morfina y despues ya calmada se pudo examinar: el vientre estaba aún algo contraído pero se notaba debajo del hígado un tumor aplanado doloroso y que parecía

inmovil, había constipación tenaz sin meteorismo, y una hernia inguinal izquierda reductible. El diagnóstico quedó en suspenso, ninguno se atrevía á decir de que se trataba; después de otra inyección por la noche se le administró un purgante de aceite de ricino.

Diez y seis horas después de haberlo tomado sin producir efecto, sobrevino otro vómito copioso, y la constipación continuó todavía dos días á pesar de varios enemas de dos litros cada vez. Pasada la crisis se pudo examinar y se constató que el tumor se movía en gran estensión y se reducía facilmente en la fosa lumbar. Con estos caractéres y los antecedentes de la enferma el diagnóstico de riñón flotante se imponía. Como se trataba de la forma pasiva en que había todos los signos de debilidad general de los tejidos, con dilatación de estómago ectasia cecal y hernia se le aconsejó un aparato de contensión de los usuales en estos casos.

Desde que usa el aparato la enferma se encuentra muy mejorada, solo que de vez en cuando al hacer algun ejercicio suele empezar alguna crisis que cesa inmediatamente reduciéndole el riñón lo que se consigue con facilidad en ésta enferma.

EDUARDO CORSI.

Proposiciones accesorias

I.

En el tratamiento quirúrgico del testículo tuberculoso, la no extirpación debe ser la regla, la extirpación la excepción.

II.

Todo embarazo ectópico diagnósticado, debe ser tratado por la Laparotomía.

III.

El mejor tratamiento del carbunclo, es el suero Mendez.

Buenos Aires, Noviembre 15 de 1901.

Nómbrase á los Sres. Académico Doctor Gregorio N. Chaves, Profesor Titular Dr. Antonio C. Gandolfo y Profesor suplente doctor Pascual Palma para que constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. R. FERNÁNDEZ.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Noviembre 27 de 1901.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex alumno Señor Eduardo Corsi.

« En la Facultad á 26 de Noviembre de 1901 reunida « la Comisión que subscribe encargada de dictaminar « respecto á la admisibilidad de la tésis del ex-alumno « Señor Eduardo Corsi que versa sobre "Riñon Flotante" « resolvieron admitirla. Con lo que termíno el acto.»

Fdos: GREGORIO N. CHAVES — P. PALMA — ANTONIO C. GANDOLFO — *Cárlos Robertson.*
— Pro Secretario.
Zenón Aguilar.

Fecha ut-supra.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. R. FERNÁNDEZ.
Zenon Aguilar.