Año 1909 N.º 1977

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

RIÑON MOVIL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN TUCULET

Ex-practicante menor y mayor de la Asistencia Pública
(Años 1905—1906—1907—1908)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — Callao — 737
1909

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas..... .	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ALFREDO BELLO

A MIS PADRES

A LA MEMORIA DE MI HERMANO ADOLFO

Á MIS HERMANOS

A MIS COMPAÑEROS DE GUARDIA

LOS DOCTORES

DOMINGO ZINGONI

MAURICIO LAIR

JULIO MIRANDA

ANGEL ALONSO REYES

ISMAEL ALONSO

ANIBAL ITURRIETA

MIGUEL OCHOA

CARLOS GONELLA

JUAN C. LAMON

AMISTAD

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Respondiendo á una disposición reglamentaria de nuestra Facultad, presento á vuestra alta consideración este modesto trabajo, sin la pretensión de aportar á la ciencia médica algo novedoso.

El único mérito lo encierra para mí que he aumentado mis conocimientos médicos, estudiando detenidamente tal vez el capítulo más interesante de las ptosis viscerales.

Antes de abandonar las aulas de esta Facultad, séame permitido saludar sinceramente á aquellos que fueron mis maestros y que seguiré considerando como tales.

Mi agradecimiento al Dr. Alfredo Bello, culto caballero y buen amigo por el alto honor que me dispensa apadrinándome en este acto.

INTRODUCCIÓN

Desde los antiguos trabajos de Cruveilhier, Trousseau y Lancereaux se sabe que el riñón en determinados casos puede abandonar su situación normal y sus relaciones fisiológicas, para hacerse móvil.

Esto no era suficiente, han pasado muchos años y á la par de ellos han desfilado sabios investigadores, dejándonos un caudal de conocimientos nuevos que aumentando los antiguos, forman hoy la página más interesante en la historia de las ptosis viscerales.

ANATOMÍA DE LA REGION

De importancia capital para el estudio que vamos á abordar es hacer algunos recuerdos de la anatomía de la región, deteniéndonos especialmente en los elementos de fijeza de estos órganos y de sus relaciones con los órganos vecinos.

Los riñones colocados en la región lumbar, el izquierdo inmediatamente debajo del diafragma y el derecho debajo del hígado, están suspendidos por una série de medios (tractus fibrosos, tejido adiposo, láminas celulosas y serosas, vasos, etc., etc.), que lo fijan fuertemente, pudiendo desplazarse sin embargo por relajación, ruptura ó alargamiento de éstos.

Junto con Sappey vamos á estudiar las relaciones que tengan mayor importancia para explicarnos más tarde como los órganos vecinos pueden directa ó indirectamente participar como causa determinante en las ectopias renales.

Sappey considera con Winslow dos caras: una anterior y otra posterior, dos bordes, uno externo y otro interno; dos extremidades, una superior y otra inferior.

La cara anterior del riñón derecho corresponde: 1.º al hígado que ordinariamente cubre sus dos tercios superiores, pudiendo á veces cubrirlo totalmente; 2.º al colon ascendente que por lo general solo se apoya en su tercio inferior, pero que se le hace contiguo en la mayor parte de su extensión cuando el hígado es pequeño ó cuando el riñón se halla deprimido; 3.º á la vena cava inferior y á la porción vertical del duodeno.

La cara anterior del riñón izquierdo está en relación: 1.º con el bazo que cubre su mitad ó su tercio superior; 2.º con el colon descendente que le corresponde en una extensión más ó menos considerable; 3.º con el páncreas cuya extremidad terminal se apoya en su parte más alta; 4.º con la tuberosidad mayor del estómago que se aplica á su borde interno.

La cara posterior inclinada adentro un poco más ancha que la anterior, corresponde al diafragma que la separa de la última costilla; 2.º al músculo cuadrado lumbar.

El borde externo se dirige un poco atrás y corresponde al ángulo de separación de las dos hojas de la facia propia del peritoneo.

El borde interno inclinado adelante, escotado en su parte media por donde recibe sus vasos aferentes y por donde salen los eferentes constituyendo el hilio del riñón.

La extremidad superior es un poco más voluminosa que la inferior, coronada por la cápsula suprarenal que la cubre á la manera de un casco.

La extremidad inferior más pequeña,

Algunos autores admiten que el riñón derecho está situado un poco más abajo que el izquierdo en la mayor parte de los individuos, descenso que lo atribuyen á la presión del hígado; para Sappey los dos riñones se hallan más ó menos al mismo nivel.

Elementos de fijeza.—Tres medios de importancia muy desigual podemos considerar con Legueu como elementos capaces de mantener el riñón en su posición normal, estos son los vasos, el peritoneo y la facia perirenal.

Muy secundario es el rol de los vasos en la fijación del riñón; la vena y arteria renal nacidas de la cava y de la aorta, abordando el riñón por su borde interno limitan indudablemente la progresión del órgano en el sentido transversal; podrán retenerlo un poco cuando tuvieran tendencia á bajar pero para fijarlos verdaderamente no sirven.

Legueu practica la siguiente experiencia sobre el cadáver con el objeto de demostrar esta poca im-

portancia de los vasos renales como medio de fijeza. Hace una sección subcapsular de los vasos del riñón es decir corta los vasos sin cortar el tejido célulo-fibroso que los rodea y observa que el riñón permanece en su puesto á pesar de las impulsiones más ó menos violentas que él le imprime de arriba á abajo con el objeto de desplazarlos.

El *peritoneo parietal*, como medio de fijeza es indudablemente más eficaz que los vasos pero sin embargo cuando el riñón se desplaza la serosa no lo acompaña, es un buen medio de contensión por la íntima relación que tiene con la fascia peri-renal verdadero medio de fijeza.

La *fascia peri-renal* aborda al riñón por su borde externo y se desdobla en dos láminas, una pasa por delante y la otra por detrás, cubren el riñón continuando sobre los vasos forman así una cavidad cerrada por fuera y abierta por dentro en la cual se encuentra el riñón.

Siguiendo arriba y abajo las dos láminas que forman el alojamiento renal, veremos á la superior contraer adherencias con el diafragma mientras que la de abajo debilitándose paulatinamente se pierde en el tejido celular de la fosa ilíaca. De modo que el alojamiento renal está cerrado por todos lados menos por abajo, precisamente por donde podrá escapar el riñón obligado á descender por cualquiera de las causas que estudiaremos más adelante.

El riñón envuelto en su atmósfera adiposa rellena con ésta la cavidad ó alojamiento renal, sin dejar espacios vacios. La grasa peri-renal se extiende desde la cápsula renal hasta las paredes de la cavidad, pero entretanto es atravesado por numerosos tractus ó filamentos celulosos que van de la cápsula á la pared del alojamiento renal.

Para Glenar el medio más poderoso de fijación del riñón es la conexión íntima entre la extremidad superior del riñón y la cápsula supra-renal por intermedio del tejido adiposo.

ANATOMIA PATOLÓGICA

En el estudio de este capítulo nos detendremos en las deducciones de Legueu, Pasteau y Gosset que han practicado una serie de autopsias en individuos con riñón móvil.

Situación.—El riñón en su descenso puede tomar dos direcciones, adentro hacia la columna vertebral ó bien directamente abajo hacia la cresta ilíaca. Teniendo en cuenta su descenso vamos a considerar con los autores tres grados de ectopia renal: en el primer grado el riñón puede ser palpado por su extremidad inferior solamente, porque la extremidad superior se encuentra todavía á nivel de las costillas que la protegen; en el segundo grado lo encontramos debajo de las costillas, pudiendo insinuarse el dedo entre éstas y su extremidad superior; en el tercer grado ya encontramos el verdadero riñón flotante, la glándula no tiene ya relación

con la pared lumbar, pudiendo desplazarlo á derecha ó izquierda de la línea media.

El riñón se desplaza solo, la cápsula no le sigue.

Dirección.—El riñón móvil desciende ordinariamente en dos etapas, primero verticalmente, paralelo á la línea media hasta que su pedículo se lo permita; cuando el alargamiento del pedículo ha llegado á su máximum, si el riñón sigue su descenso solamente puede hacerlo aproximándose á la línea media, así se explica que Legueu en una autopsia encuentra los dos riñones en la región umbilical en situación transversal. Los vasos habían llegado al máximum de alargamiento, mientras los riñones detenidos por ellos habían operado el segundo tiempo del descenso dirigiéndose á la línea media.

En los grandes desplazamientos pueden encontrarse los riñones en sentido vertical, oblícuo ú horizontal.

Forma.—La forma del riñón móvil por lo general es normal, sin embargo Albarran ha encontrado á forma lobulada. Herczel ha visto un caso en que la mitad anterior era muy desorrollada. Pasteau encuentra un riñón en forma ovoídea.

Volumen.—El volumen ha sido encontrado normal en cuatro casos (Legueu, Pasteau) y diminuidos en los casos de Gosset, el gran diámetro medía 9 centímetros de largo 5 cen. de ancho y un espesor de 3 centímetros.

Cápsula adiposa.—Un rol preponderante se ha dado á la desaparición de la grasa peri-renal en la explicación de la patogenia del riñón móvil, sin embargo en las autopsias de Gosset y Legueu tres veces solamente se ha notado la desaparición de esta grasa.

Estado del pedículo.—El largo del pedículo es variable pudiendo ser muy corto ó muy largo.

Las diferentes autopsias lo encuentran alargado para el riñón derecho, Legueu encuentra un pedículo de 11 cen.; Pasteau de 10 cen. la arteria y 6 1/2 cen. la vena.

En los casos de Gosset la arteria media 12 cen. y la vena su longitud normal, pero la vena cava sufría un acodamiento hacia el riñón desplazado. Los vasos están más estrechos que al estado normal debido al alargamiento determinado por el descenso del riñón. La dirección de los vasos sufre variaciones que dependen de la situación del riñón.

Uréter.—Las modificaciones más importantes se observan en los uréteres, sus medios de fijeza son mucho menos sólidos que aquellos del riñón, fuera del peritóneo están mantenidos en su situación por tejido celular.

Cuando el riñón se moviliza lleva con él parte superior del uréter en una cierta extensión y al movilizarse se pliega, se curva formándose acodamientos y flexiones variables é intermitentes. Estos aco-

damientos generalmente no son obliterantes y la orina circula libremente, pudiendo á veces fijarse en esas posiciones viciosas, trayendo la obliteración del uréter con su grave cortejo sintomático si la hidronefrosis se declara.

Organos vecinos.—Para Glenard la nefroptosis iría acompañada la generalidad de las veces de entero-ptosis. Esta coincidencia existe, pero para Albarran ella es muy rara; algunas veces la nefroptosis suele ir acompañada de hepatoptosis. Albarran ha encontrado en muchos de sus enfermos la nefroptosís asociada á un hígado móvil, pero sin enteroptosis.

La movilidad del bazo con nefroptosis rara vez ha sido señalada.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Las estadísticas recogidas de los diferentes autores no pueden ser más elocuentes en cuanto á lo que se refiere á la frecuencia de esta enfermedad en el sexo femenino y el predominio de la lesión en el riñón derecho.

La ectopia renal no es rara en el niño (Comby) observándose sobre todo en las niñas, manifestándose generalmente entre los diez y catorce años. Se ha encontrado en el nourrisson, se le ha considerado como una lesión congénita y aún hereditaria (Albarran); para no volver más tarde sobre la nefroptosis infantil diremos que tiene como causa más importante la dispepsia gastro-intestinal crónica ó enfermedad del grueso vientre, consecuencia de una mala alimentación; dispepsia que obra provocando la congestión del hígado, haciendo éste presión sobre la extremidad superior del riñón derecho (Bouchard).

Como decíamos el riñón móvil se encuentra con mucha mayor frecuencia en la mujer que en el hombre; Kustter da una proporción de 6 °/₀ en el hombre por 94 °/₀ en la mujer; Keen en 99 nefrorrafias que intervino 93 eran mujeres. Para Glenard sobre 100 casos 88 son mujeres y 12 hombres. Suckling tiene una proporción de 42 mujeres en 48 casos.

En 18 observaciones que trae la tesis de Walch, 14 pertenecen al sexo femenino y 4 al masculino.

Dejando para más adelante el estudio que explique el porqué de esta marcada predilección por el sexo femenino, seguiremos con las cifras que certifican la frecuencias de las ectopias derechas con relación á las izquierdas. Hilber sobre 100 casos de riñón móvil ha encontrado que 65 pertenecían al riñón derecho y 8 eran nefroptosis bi-laterales; Edinger en 173 casos anota 152 para el riñón derecho, 12 para el izquierdo y 9 para ambos; Glenard en 131 casos femeninos apunta 110 para el riñón derecho; Brühl en su importante estadística anota un total de 818 ectopias renales derechas por 117 izquierdas.

Después de haber estudiado esta série de números que confirman la predilección de la nefroptosis por el sexo femenino y muy especialmente por el riñón derecho estudiaremos las causas que se consideran más capaces de determinarlas.

La preñez ha sido por mucho tiempo considerada como causa primordial, especialmente las preñeces repetidas que dejan trás de ellas una relajación de las paredes abdominales capaz de favorecer el descenso de los riñones; hoy día esta opinión está abandonada debido á la frecuencia con que se observan las ectopias renales en mujeres nulíparas.

Linder en 64 casos encuentra 24 nulíparas, 10 primíparas y 30 múltiparas; Küttner en 94 casos encuentra 40 nulíparas.

Estados especiales del aparato genital de la mujer también han sido dados como causa eficiente de la movilidad renal. Becquet atribuye cierta importancia á la congestión renal que se verifica en los períodos menstruales, dice que determinan un aumento de volumen y de peso en el riñón que lo predisponen al descenso, más aún si en estas épocas críticas sufriera la mujer un traumatismo de cualquier naturaleza.

Semejante mecanismo no es aceptado como causa de nefroptosis, pero si se piensa que en los períodos menstruales hay siempre una exageración del dolor lumbar, no se puede negar que puede existir cierta disposición en estas épocas para el desplazamiento del riñón, talvez congestionado.

Para Landau, Senator y Rosenstein existiría una relación íntima entre los prolapsus genitales y la nefroptosis, mientras que Fischer, Benzón y Knapp

sostienen que la nefroptosis coincide con las versiones y flexiones uterinas.

Las metritis y perimetritis pueden según Lanceraux llevar la nefroptosis provocando perturbaciones en la inervación del riñón que contribuirían al desplazamiento del órgano. No es raro que algunos autores noten los casos de prolapsus genitales acompañados de nefroptosis; pero aquí no tenemos que tomar al riñón descendido, sino como uno de tantos órganos que sufren las consecuencias de la relajación general de los ligamentos y tejidos en general.

Es muy común es cierto, observar mujeres con prolapso genital llevando un riñón móvil ó los dos, pero entonces examinando detenidamente hemos de encontrar vientre flácido, intestino bajo é hígado algo descendido la mayor parte de las veces y también el bazo. Estaríamos entonces en presencia de una forma atenuada de la enfermedad de Glenard.

Sin llegar á tantos descensos, bien pueden estar los órganos genitales ó el riñón solo descendidos; es una forma atenuada ó mejor parcial de ptosis, pero que en nada se puede hacer entrar á la una como causante de la otra, es mejor considerarlas como obedeciendo las dos á una misma causa.

Por mucho tiempo se le ha incriminado á la mujer sus desplazamientos viscerales por la fuerte pre-

sión que ejerce el corset sobre sus órganos abdominales; Cruveilhier uno de los sostenedores de sus efectos nocivos dice haber encontrado muchas veces en las mujeres que usan el corset muy estrecho el riñón derecho en la fosa ilíaca del mismo lado, á veces delante de la sínfisis sacro-ilíaca, otras delante de la columna vertebral á nivel del borde adherente al mesenterio, en el espesor del cual estaba colocado; este desplazamiento tiene lugar debido á la presión ejercida por el corset sobre el hígado, éste á su vez obra sobre el riñón derecho desalojándodolo del lugar que ocupa en la cara inferior de este órgano, en una forma semejante á la expulsión que sufre un núcleo de fruta prensado entre los dedos.

Si el riñón izquierdo es menos desplazado que el derecho, es debido á que el hipocondrio izquierdo ocupado por el bazo y la gran tuberosidad del estómago soportan más impunemente la presión del corset que el hipocondrio derecho.

Bartels, Muller y Warnek hacen presente que en las clases pobres donde es tan limitado el uso del corset la nefroptosis se encuentra con mayor frecuencia, pero en cambio atribuyen una importancia funesta á las correas, cintas y cinturones que la mujer de trabajo usa para sostén de sus ropas, estos medios de sostén obrarían limitando la excursión del hígado hacia abajo, echándolo arriba y atrás

repercutiría esta acción sobre el riñón derecho.

Es indudable que la acción del corset, cinturones y otros medios que la mujer usa para modelar su talle ha sido muy exagerado y tan es así que Trekaki examinando mujeres árabes las cuales llevan su busto libre de estas prendas mortificantes, encuentra 42 con riñón móvil en un total de 100.

Ewald ha llegado ha pensar en la herencia, es decir en una disposición congénita, como causa de riñón móvil; para Albarran sería un estigma degenerativo.

Tal vez la nefroptosis no sea una enfermedad local sinó la manifestación de un estado patológico general que lleva perturbaciones en la nutrición de los sistemas fibrosos, musculares y nerviosos.

Para Legueu el riñón sería el reactivo y su ectopia el primer grito de la enfermedad pudiendo permanecer como manifestación única.

Las hernias, várices, eventraciones y enteroptosis que suelen acompañar á la nefroptosis no serían sino manifestaciones sucesivas ó combinadas de esta enfermedad.

Ahora bien, como causa de esta preferente localización derecha podríamos mencionar la íntima relación del riñón derecho con el hígado, órgano pesado y bien expuesto á los movimientos y desplazamientos que repercuten siempre sobre su vecino el riñón derecho.

SINTOMATOLOGIA

Conozco personas que hace tiempo tienen su riñón móvil y sin embargo no han sentido hasta la fecha ninguna manifestación que pudiera atribuirse á su ectopia renal; son *estados latentes* de la enfermedad, tal vez más tarde se manifiesten con esa sintomatología común en la generalidad de los casos donde dolores internos se asocian á perturbaciones digestivas y á estados francamente neurasténicos.

En las formas dolorosas, los dolores pueden ser continuos ó paroxísticos; cuando son continuos se hacen en extremo fatigantes, asientan en la región lumbo-ilíaca, irradiándose en forma de neuralgias á lo largo del uréter, en los muslos y en la ingle, aumentan de intensidad si el enfermo permanece de pie, llegando á veces á imposibilitarle momentáneamente para la marcha, calmándose estos diferentes dolores por el reposo en la posición horizon-

tal, en la mujer aumentan de intensidad en sus períodos menstruales.

No es raro observar á veces verdaderas crisis paroxísticas, atribuidas lo más de las veces á un cólico hepático ó nefrítico ó á una peritonitis por perforación (Buret) dolores de extrema intensidad que vienen acompañados de náuseas, vómitos, escalofríos, pulso pequeño filiforme, á veces temperatura.

Crisis dolorosas que aparecen generalmente á raíz de ejercicios violentos (carreras, bailes, saltos) y cuya patogenia se explicaría por una torsión del uréter.

En la nefroptosis de tercer grado hay enfermos que consiguen tomarse el riñón, sintiéndolo doloroso á la presión.

Perturbaciones digestivas.—Sobre los órganos digestivos es donde repercuten con mayor frecuencia los estados ectópicos del riñón, observándose una série de desórdenes en el aparato digestivo puramente nerviosos sin ninguna característica, pudiendo interpretarse de una manera errónea bajo el punto de vista clínico.

Suele observarse en los enfermos de nefroptosis estados dispépticos, dilatación estomacal, perversión del gusto, gastralgias con hiperclorhidria, pirosis, atonia intestinal, constipación, timpanismo; crisis gastrálgicas que á veces se asemejan á las del

tabes, donde los vómitos mucosos se alternan con los biliosos durante largas semanas.

Estas perturbaciones enflaquecen considerablemente á los enfermos llevándolos muchas veces á la caquexia.

Explicando la patogenia de algunos de estos síntomas, Bartels y Muller Varneck creen que el riñón desplazado adentro y adelante comprimiría la segunda porción del duodeno delante de la columna vertebral, trayendo consecutivamente retención de alimentos en el estómago, hipertrofia del órgano y más tarde dilatación definitiva.

Muchos autores no aceptan este mecanismo, porque solo respondería en los casos de ectopia renal derecha, cuando en las ectopias izquierdas nosotros observamos más ó menos la misma sintomatología.

Si bien es cierto que aún no conocemos el mecanismo de la acción de esta motilidad renal es indiscutible que ella participa indudablemente en la causa de estos desórdenes digestivos, confirmándolo así la curación radical de estos trastornos después de una nefropexia como hemos tenido ocasión de observarlo muchas veces.

Perturbaciones nerviosas.—También los desórdenes nerviosos son comunes en estos enfermos, pudiendo revestir en ciertos casos caracteres alarmantes; en los grados más atenuados los enfermos

suelen quejarse de palpitaciones, neuralgias diversas, cambios de carácter haciéndose irritables (Guiard) tristes, melancólicos, lloran muchas veces por causas nimias, observándose especialmente en la mujer, manifestaciones francamente histéricas que se han sucedido con el desplazamiento del riñón (Gueneau de Mussy-Lancereaux).

Shifler cita quince casos, señalando la frecuencia de la neurastenia é histeria consecutivamente á la nefroptosis.

Menos común es en el hombre esta repercusión nerviosa de la nefroptosis pero de vez en cuando suelen presentarse con una série de estigmas neurasténicos: cefalalgias, impotencia profesional, frigidez genital, debilitamiento muscular, raquialgias, palpitaciones cardíacas, insomnio, todo un estado hipocondriaco que Bruhl clasifica de nefroptosis á forma neurasténica.

Estudiando la patogenia de estos accidentes nerviosos. Potain y su discípulo Bychoffsky han establecido que si la histeria puede desarrollarse á continuación de un cólico hepático ó nefrítico, muy fácil es comprender que un rol análogo puede jugar el riñón móvil especialmente en aquellos casos de crisis paroxísticas dolorosas de las que hemos hablado en nuestra sintomatología.

Legueu considera estos accidentes contemporáneos al riñón móvil, dependientes por lo tanto de la

enfermedad principal que ha causado la caída del ríñón y aquí también lo certifica la atenuación ó desaparición de estos males después de fijar el ríñón por una nefropexia.

DIAGNÓSTICO

Después de haber recogido el mayor número de síntomas subgetivos, haremos el examen físico de nuestro enfermo y no haremos nunca un diagnóstico de nefroptosis sin antes haber hecho la más atenta investigación de sus signos físicos que nos llevarán á constatar la verdad de la movilidad renal, no debemos olvidar que existen afecciones del aparato genital en la mujer que dan un conjunto de signos subgetivos semejantes á los que hemos estudiado en nuestra sintomatología.

Comenzaremos por la inspección de nuestro enfermo, para detenernos especialmente en la palpación, verdadero medio quirúrgico de exploración renal.

Los riñones no son accesibles á una inspección directa, sino en algunos casos especiales de desplazamiento ó aumento notable de volumen, así lo confirma una observación de Bartels que encuentra

en una mujer delgada, multípara y con sus paredes abdominales muy relajadas, un tumor que hacía eminencia sobre la fosa ilíaca derecha, tumor que resultó ser el riñón derecho que había sufrido un fuerte desplazamiento de arriba abajo.

También existe en la literatura médica una observación de Eichhorst en una mujer, en la cual dice haber visto á través de la pared abdominal, dibujarse el riñón derecho con su forma característica y aún más estas formas se pronunciaban con mayor nitidez en los períodos menstruales de la mujer.

A pesar de estas observaciones debemos confesar que en la generalidad de los casos la inspección con múy poco contribuye en la confección del diagnóstico en las dislocaciones renales. En cambio la palpación es un medio semiológico de valor inapreciable para el diagnóstico de las ectopias renales, confirmándolo la variedad de métodos de palpación que existen en la práctica médica, dando todos resultados positivos según los diferentes grados de nefroptosis.

Antes de abordar el estudio de los métodos de Guyon, Glenard é Israel, que nos enseñan las distintas aptitudes que deben guardar nuestros enfermos, la posición del cirujano con relación al enfermo y al riñón lesionado, la buena colocación de nuestras manos; es muy conveniente recordar que

el riñón normal y normalmente situado no es palpable y si nuestros dedos llegan á tocarle en nuestro examen físico á través de la pared abdominal, es indudablemente porque está aumentado el volumen ó ha sufrido un desplazamiento.

No olvidaremos de vaciar el intestino de nuestro enfermo antes de examinarle, especialmente en los casos de palpación difícil, lo mismo solicitar del enfermo relajación muscular de su pared abdominal, requisito que facilita de suma manera el examen profundo de la región, habiéndose llegado á la anestesia clorofórmica en casos donde la sensibilidad de la pared era muy exagerada y su examen era indispensable para llegar al diagnóstico.

En el método de palpación preconizado por Guyon el enfermo debe adoptar la posición de decúbito dorsal, colocándose el médico á la derecha si es el riñón derecho el dislocado, la mano izquierda colocada atrás bajo el flanco, de manera que la extremidad de los dedos se coloquen en el ángulo costo-vertebral.

La mano derecha colocada sobre la pared abdominal verticalmente, de manera qne el dedo medio descanse sobre el borde externo del músculo recto anterior del abdomen. Esta mano deprime suavemente la pared abdominal aprovechando los movimientos respiratorios. Al mismo tiempo la mano posterior se flexiona suavemente de manera que

levante un poco la región lumbar, poniéndola en contacto con la mano anterior de modo que ella pueda palpar todo lo que encuentre entre las dos paredes.

Cuando el riñón es móvil desciende bajo la influencia de la respiración y la mano anterior puede sentir el polo inferior ó la cara anterior, según el grado de desplazamiento.

El procedimiento de Guyon es muy útil por sus resultados, especialmente en los casos en que el polo inferior del riñón se encuentra bajo las falsas costillas.

Esta forma de palpación da una sensación al tacto conocida con el nombre de peloteo de Guyon; este peloteo lumbar no es un signo patognómico de riñón grande ó desplazado, puesto que podemos encontrarlo en diferentes afecciones de los órganos vecinos al riñón, necesitando únicamente que la afección esté en contacto con la pared lumbar.

Albarrán constató el peloteo en un cáncer del yeyuno y en un caso de hígado móvil.

Le Dentu en el carcinoma del hígado y en casos de vesícula biliar distendida. Lachs en caso de peritonitis tuberculosa enquistada. Réclus en la apendicitis y Harmants en un quiste del pancreas. A pesar de todo, el procedimiento de Guyon es uno de los mejores en la exploración del riñón.

Glenard en su procedimiento, coloca el enfermo

sobre el dorso, los muslos extendidos ó muy poco flexionados. El cirujano se coloca del lado que va á examinar sirviéndose de la mano homónima al riñón enfermo.

Si es el lado derecho el que va á examinar el cirujano se colocará á la derecha, abrazando con su mano izquierda el flanco del enfermo por debajo de sus costillas, el pulgar de esta mano colocado adelante, los otros dedos atrás.

Se invita al enfermo á respirar profundamente de una manera lenta y regular. Si el riñón es normal no se palpa, si está movil se siente deslizar en los movimientos respiratorios.

Este procedimiento es útil sobre todo en el primer grado de desplazamiento.

Israel coloca su enfermo en el decúbito lateral sano, las piernas flexionadas para conseguir la relajación de los músculos de la pared abdominal.

Para examinar por ejemplo el riñón derecho, el cirujano se coloca á la derecha del enfermo, colocando su mano izquierda sobre la región lumbar, correspondiendo el dedo medío con el ángulo costo vertebral, la mano derecha se coloca sobre la pared abdominal sobre el borde externo del músculo recto.

Se invita al enfermo á respirar regularmente aprovechando las inspiraciones para hundir profundamente la mano anterior, la cual recibirá las sen-

saciones producidas por el riñón al descender, llevado hacia adelante por la mano posterior.

En los enfermos que tienen su pared abdominal flácida se puede con este método sentir una parte de la cara anterior del riñón sano (Le Dentu) y en los casos de movilidad renal puede sentirse cualquier desigualdad en la cara anterior del riñón. Israel en su método ha podido diagnosticar tumores del riñón que tenían el volumen de una cereza.

Para algunos el procedimiento de Israel tiene mayor ventaja que el de Guyon porque la posición del enfermo facilita la ptosis del riñón siendo por lo tanto más fácil para palparlo.

Estos tres métodos clásicos de palpación son de indiscutible valor en el examen de nuestros enfermos porque por intermedio de ellos no solamente diagnosticamos la ectopia sinó también el grado de dislocación que ha sufrido el riñón enfermo.

Nunca debemos dar como terminado nuestro examen sin antes haber practicado los tres métodos citados porque hay detalles de importancia que solamente suelen apreciarse con un solo método determinado.

Tres grados de desplazamiento consideran los autores en el diagnostico del riñón móvil. Cuando por la palpación conseguimos abordar solamente la extremidad inferior del riñón desplazado, estaremos en presencia del primer grado.

Será móvil en segundo grado cuando consigamos palpar su polo superior.

Y será enfin móvil en tercer grado cuando flotando en la cavidad abdominal se pueda tomar y desplazar en todas direcciones.

Antes de terminar con este capítulo tengamos presente que existen tumores movibles de la cavidad abdominal que pueden confundirnos si no hacemos un examen muy atento y si olvidamos que el riñón móvil tiene como carácter propio el poder ser reducido á su posición normal, carácter que á veces puede también faltar.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Muchos son los errores de diagnóstico á que puede dar lugar la nefroptosis.

Los enfermos se nos presentan generalmente alarmados é intranquilos creyendo tener un tumor abdominal, especialmente cuando el diagnóstico no ha sido hecho; el médico en estos casos debe apresurarse á hacer su diagnóstico que salvará seguramente á su enfermo de largas cavilaciones sobre la naturaleza del tumor, que generalmente cree maligna, haciéndose muchas veces melancólico en extremo grado, sufriendo más moralmente que fisicamente.

Esta es la razón del porque el médico que tenga su diagnóstico seguro debe comunicarlo al enfermo y aconsejarle un tratamiento, haciéndole ver los accidentes reales á que están continuamente expuestos á pesar de que la naturaleza de la enfermedad esté muy lejos de ser maligna y fatal, como

se lo imaginan la generalidad de los enfermos que sienten un tumor en cualquier parte del cuerpo.

No es siempre fácil hacer este diagnóstico, el riñón móvil puede dar lugar á una infinidad de errores. Existen casos donde se toma el riñón móvil por un tumor maligno, precisamente en aquellos donde el enfermo viene sufriendo después de mucho tiempo, con un estado general malo debido á sus perturbaciones digestivas, sufriendo una anemia más ó menos intensa, enflaquecimiento con palidez del rostro bastante pronunciada en fin un cuadro que impresiona mal y que fácilmente puede hacernos sospechar en una afección mucho más grave que la que realmente existe.

El examen repetido, atento y prolongado del tumor nos indicará que no aumenta de volumen, la palpación de la región renal en la generalidad de los casos nos permitirá reconocer las variaciones anormales de relación y otras observaciones que serán una guía que permitirán al médico observador corregir una primera opinión errónea.

En otros casos más raros es cierto, se pueden tomar los dolores intermitentes de la ectopia renal por una serie de accesos de peritonitis. No olvidemos que generalmente la ausencia de fiebre denota la falta de inflamación, los dolores en el riñón móvil generalmente son localizados en cambio en la

peritonitis son difusos; el diagnóstico no es difícil.

El riñón móvil puede ser tomado por una afección inflamatoria del riñón, pero es raro que haya vómitos como en el cólico nefrítico ó albumina como en la mayor parte de las inflamaciones del riñón (Tulasme).

Cuales son los tumores abdominales que pueden confundirnos? El bazo móvil en contacto con la pared abdominal nos da á la palpación un borde cortante que no encontramos en el riñón.

Un lóbulo flotante del hígado lo reconocemos también por su arista cortante y por su matitez en continuación con la gran matitez hepática.

La vesícula biliar distendida puede sernos fácil para distinguirla del riñón móvil. Delbet en un caso difícil hace diagnóstico de vesícula distendida después de haber constatado el riñón en su lugar normal; á veces puede notarse que la vesícula es poco móvil, no reductible y que su matitez se continua con aquella del hígado.

Los tumores del mesenterio son excesivamente movibles, es su principal carácter, son medianos y más fácilmente se desplazan en sentido transversal que en el vertical.

Los tumores del pancreas cuando son movibles cosa que es muy rara pueden también confundirse con el riñón desplazado, pero la ausencia de reduc-

ción y la constatación del riñón en su lugar permitirán el diagnóstico.

Un quiste pedicula·lo del ovario puede todavía prestarse á error, pero á pesar de su gran movimiento no es reductible característica del riñón móvil.

El diagnóstico diferencial con una hidronefrosis se hará después de constatar las crisis de la hidronefrosis y el aumento de volumen del riñón.

En la mujer hay más probabilidades de error por la frecuencia de las afecciones anexiales. Un fibroma del útero de mediana dimensión ó desarrollado superficialmente, puede ser tomado por un riñon desplazado. No debemos olvidar que estos tumores se acompañan generalmente de hemorragias y son dolorosos.

Una salpingitis aguda puede ser tomada por un riñón móvil y recíprocamente, pero la salpingitis viene generalmente acompañada de fiebre, accidentes uterinos, metritis, leucorrea, etc., que podrán descartar la posibilidad de un riñón móvil, ó á lo menos conocer las causas de los diferentes fenómenos observados, á más del examen directo, el tacto vaginal nos permitirá reconocer la forma alargada de la trompa dolorosa no solamente á la presión sinó también á la movilización de la matriz.

La matriz dolorosa á causa de metritis puede dar

lugar á un pequeño error que puede muy fácilmente corregirse por el examen al especulo.

Existe en fin otra afección que puede ser causa de un error de consecuencias muy grandes, me refiero á la apendicitis.

No es esta una afección que pueda ser tomada por un riñón móvil, pero el riñón móvil desgraciadamente puede ser tomado por una crisis de apendicitis.

La localización del dolor que en los dos casos puede ser el mismo, la intermitencia de las crisis que en los dos casos pueden presentarse bajo formas de cólicos; los vómitos raros en el riñón móvil, posibles sin embargo, el empastamiento de la región del hipocondrio derecho que da generalmente la sensación de un tumor con irradiación; en la apendicitis como en el riñón móvil todos estos síntomas comunes pueden conducir al médico poco observador á la posibilidad de un diagnóstico equivocado.

Calculemos la magnitud de este error de diagnóstico que expondría al paciente á que le abrieran el vientre para estirparle el apéndice, más aún porque sería una operación inútil para calmar sus dolores, los cuales solamente responderían á una nefropexia.

Creemos que antes de tomar una determinación semejante debemos reflexionar largamente. El estado general, la fiebre intensa, los vómitos con esa

brusca aparición, son accidentes propios de la apendicitis, aunque el riñón móvil pueda también presentarlos, seguramente será á título de repetición y siempre en menor grado.

Inversamente, en un enfermo con riñón móvil podemos tener una verdadera crisis de apendicitis produciéndose el error inverso, impidiendo una operación que en este caso hubiera sido muy útil, tal vez indispensable.

En resumen diremos que el mejor medio de evitar estos errores de diagnóstico es, no olvidando la posibilidad de un desplazamiento del riñón sobre todo en la mujer. Siempre que exploremos un vientre por una afección inflamatoria ó por un tumor, dediquemos un momento al examen de la región renal y muy especialmente antes de cualquier intervención de vientre para evitar sorpresas desagradables y no olvidemos que en la mujer la nefroptosís es más común que lo que generalmente se cree.

COMPLICACIONES

Si bien es cierto que la dislocación renal no es sinónimo de complicación en el funcionamiento del órgano, ni de alteración en su estructura anatómica, es frecuente sin embargo, que el riñón móvil sea asiento predilecto de una serie de afecciones entre las cuales existen algunas de naturaleza grave.

Comenzando por la más común y menos grave tendremos la congestión renal la cual se observa frecuentemente en los casos de nefroptosis; provocada por perturbaciones circulatorias ella es generalmente intermitente y de corta duración, se manifiesta por dolores continuos é intensos, vómitos repetidos, pulso filiforme, sudores abundantes, pudiendo llegar en los casos graves hasta el síncope, se observa oliguria y á veces anuria.

Estas congestiones llevan generalmente á la albuminuria; Schiehing cita 14 casos, Newman ha

visto en varios casos desaparecer la albúmina después de la fijación del riñón.

La *perinefritis* es común, no es raro encontrar adherencias anormales, Albarran las ha constatado muchas veces, estas adherencias son frecuentes sobre todo adelante entre el riñón y la hoja peritoneal, es á ellas que deben atribuirse las fijaciones secundarias.

Hematurias.—Suelen observarse en el riñón móvil, generalmente curan con la nefropexia.

Pielonefritis.—La infección del riñón móvil puede dar lugar á una pielonefritis ó á la formación de una pionefrosis por infección secundaria.

Siempre que un riñón móvil sufra una retención ó una simple congestión, los microbios de la vecindad tienen una buena ocasión para invadir su dominio, porque en el riñón existe un *locus minoris resistentiæ*, desarrollándose la infección algunas veces rápidamente.

La infección puede hacerse por vía ascendente ó por vía descendente. Martineau cita el siguiente caso de infección ascendente: una enferma con riñón móvil hacía veinticinco años es atacada de vaginitis, después tuvo cistitis, en los días sucesivos las orinas eran turbias y otros signos más que hicieron sospechar en una pielonefritis ascendente cuyo diagnóstico se confirmó más tarde.

La infección descendente ha sido constatada

varias veces después del sarampión, influenza, etc.

Si estas pielonefritis tratadas por la nefropexia curan, es indudable que ellas dependen de la movilidad renal, siendo las congestiones y retenciones que atacan el riñón móvil las que preparan el terreno para la infección.

La gran complicación, la más temible en estos casos de riñón móvil es sin duda la *hidronefrosis*, ella es la que juega en la historia de esta afección un rol considerable.

La hidronefrosis llamada intermitente clínicamente, se caracteriza de la manera siguiente.

El enfermo con su riñón móvil amanece un día con un violento dolor, generalmente en el lado derecho asentando bajo las falsas costillas, irradiándose abajo hacia la ingle. Este dolor muy intenso obliga al enfermo á guardar cama. La micción es dolorosa y la cantidad de orina muy escasa. Algunos casos son violentos en su sintomatología, se ve al enfermo demacrado, pálido, lleno de angustia. con un pulso pequeño y rápido, existiendo fiebre cuando hay también infección, elevándose la temperatura á 39°, 40°, y 41°.

Examinando físicamente á nuestro enfermo encontramos un flanco fuertemente contraído, la palpación es dolorosa y difícil de practicarla porque los músculos anteriores y posteriores la defienden; sin embargo á veces se consigue palpar un tumor

de forma vaga, siendo suficiente á veces para permitir asegurar que el riñón está aumentado de volumen.

Esta crisis puede durar de algunas horas á muchos días, el dolor comienza á desaparecer permitiendo la exploración de la región. En este examen encontramos el riñón todavía voluminoso y doloroso, para volver más tarde á su estado primitivo, hasta una nueva crisis. Las fatigas y esfuerzos aumentan y facilitan la vuelta de esta crisis pero pueden también producirse sin ninguna causa aparente que los provoque.

Para la mayoría de los autores estas crisis son provocadas seguramente por acodamiento ó torsiones del uréter tan fácil de producirse en el riñón móvil; estas crisis cesan generalmente con la fijación del riñón.

Un riñón móvil por el hecho de ser movible no escapa á las afecciones con que puede ser atacado un riñón ordinario, más aún, ciertos autores creen que el riñón móvil tiene cierta predisposición para algunas afecciones de las que atacan ordinariamente al riñón en su posición normal, cálculos, cáncer, etc.

Terminaremos agregando que el riñón móvil puede afectar directamente las funciones de los órganos vecinos.

Existen casos de ictericia por compresión del co-

lédoco, Albarran trata un enfermo de ictericia sobrevenida á raíz de una nefroptosis; cura la ictericia fijando el riñón.

Para Gildwski el riñón móvil puede comprimir el estómago, el duodeno, el colon llevando una constipación rebelde, pudiendo llegar á dar fenómenos de oclusión intestinal.

TRATAMIENTO

Dijimos en uno de nuestros capítulos que existen personas afectadas de riñón móvil adquirido ó tal vez congénito que no manifiestan ningún síntoma ó alteración que pueda indicarnos esta afección, riñón móvil indoloro, desconocido, que por casualidad el cirujano los descubre.

Otros en cambio se presentan llenos de dolor, neurasténicos y dispépticos, pues bien será preciso tener muy en cuenta la naturaleza del caso que tenemos por delante para aconsejar uno de los distintos métodos con que hoy se tratan estos enfermos.

El masage, la ortopedia y la nefropexia ó nefrorrafia se alternan en los diferentes casos.

El *masage* ha sido muy recomendado por Kunnf, el cual lo aconsejaba con el objeto de obtener la retracción del peritoneo y consecutivamente la fijación del riñon; hoy creemos que el masage es un buen coadyuvante principalmente sobre los fenó-

menos congestivos, el cual disminuiría el volumen y el peso del órgano que facilitan mucho el desplazamiento.

El masage también se aconseja como medio paliativo durante las crisis dolorosas. En todos los casos el masage contra la movibilidad renal consiste en maniobras dirigidas de abajo arriba sobre la extremidad inferior del riñón; maniobras cotidianas que durarán en los primeros días cinco minutos y en los sucesivos diez minutos. Durante el día es conveniente tener el vientre sostenido por una faja ancha de franela.

Aparatos ortopédicos—Con el fin de suprimir la movilidad anormal del riñón se han ideado una seríe de aparatos ortopédicos que si no curan radicalmente contribuyen siempre á aliviar la sintomatología de dicha afección.

Lo difícil es elegir uno que venga bien, es muy común tener que modificarlos en cada caso particular y no es sino después de varios ensayos cuando se llega á encontrar uno que sea conveniente.

En general se componen de una faja ó cintura y de una pelota ó almohadilla muy ancha que debe ser aplicada de modo á ejercer presión de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás.

Lindner recomienda un vendaje abdominal al

cual fija una almohadilla que coloca con el fin de ejercer la presión ya dicha.

Las fajas de Leiter y Guyon mantienen unicamente el riñón en su lugar. La gran faja abdominal con pelota de Glenard lleva su acción sobre todas las vísceras abdominales, esta faja es una de las más bien toleradas por la generalidad de los enfermos.

En aquellos enfermos neurópatas de que nos hemos ocupado, en razón de su excitabilidad muchas veces exagerada, estos aparatos especialmente los á pelota son excepcianalmente tolerados, molestan á estos enfermos aumentando muchas veces sus perturbaciones nerviosas.

En los enfermos con perturbaciones digestivas recomendaremos las fajas anchas de gran presión que abracen todo el vientre, su acción será mayor sobre los órganos abdominales que sobre el riñón, pero son necesarias porque mejoran el funcionamiento de los órganos contribuyendo al tratamiento de las perturbaciones digestivas que molestan tanto á estos enfermos.

No debemos tener la pretensión con un tratamiento puramente ortopedico de restituir al riñón móvil á su posición normal curando radicalmente á nuestro enfermo, nunca lo conseguiremos, unicamente con estos medios conseguimos inmovilizar al riñón en una posición tal que el enfermo no sufra,

pudiendo entregarse á su trabajo, tratando siempre que éste sea lo más liviano posible.

Ahora bien, siempre que estas fajas no tengan el valor terapeútico suficiente para corregir toda esta sintomatólogía provocada por la movilidad del riñon, es opinión general que el enfermo debe operarse, más aún Delbet aconseja proponer la operación aunque los vendajes ó fajas determinen mejoramiento ó cesación de los accidentes, salvo contraindícaciones particulares, porque ella cura radicalmente y evita al enfermo la eterna molestia de llevar un aparato incómodo.

Voy á transcribir lo que dice Albarran con respecto á la oportunidad operatoria.

1.º—«Cuando existen fenómenos dolorosos ó digestivos de órden mecánico, ensayar el vendaje. Si los accidentes desaparecen con el aparato ortopédico dejar al enfermo la elección entre la operación y la cintura. Si el vendaje no da resultados; operar.

2.º—Cuando hay accidentes de neurosis histérica ó neurasténica ensayar el vendaje y no operar sino cuando éste no da resultados.

3.º—En los casos de enteroptosis atenerse al vendaje y no operar sino cuando este no dá resultados.

4.º—En los casos de enteroptosis atenerse al vendaje y no operar sinó cuando el riñon movil determina por si mísmo accidentes serios que estan fuera

del recurso de la ortopedia. Y aún así aconsejar el vendaje después de la operación.

5.º—Cuando un riñon movil no determina accidentes aconsejar la cintura ortopédica».

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Antes de abordar el tratamiento quirúrgico dos palabras diremos recordando la historia de la cirugía renal fundada por Simon en el año 1869, quien por primera vez fué coronado por el éxito practicando una nefrotomía en una joven mujer afectada de fistula uretero abdominal.

Esta operación gloria de Simon fué por mucho tiempo el tratamiento exclusivo del riñon movil, hasta que una nueva conquista viene á desalojarla para siempre de la cirugía renal, quiero referirme á la nefropexia cuya importancia en el tratamiento del riñón móvil es indiscutible.

La nefrorrafía ó nefropexia operación conservadora del órgano, fué practicada por primera vez en el año 1881 por Hahm médico de Berlin.

Este cirujano prestaba sus cuidados á una mujer afectada de riñón ectópico muy doloroso á quien hi-

zo la siguiente operación: puso á descubierto el riñón por medio de una incisión lumbar y lo suturó á la pared mediante 6 á 8 puntos de catgut que atravesaban la grasa peri-renal y la capsula fibrosa propia.

El éxito de Hahm alentó á los cirujanos de la época y esta operación fué repetida en Alemania, Inglaterra y Francia; fueron en aquellos tiempos los resultados muy poco halagadores, reconociendo las estadísticas de Frank vemos que de 39 operaciones practicadas por varios cirujanos se tuvieron 21 con algún éxito, 11 mejorías y 7 fracasaron.

La historia contemporanea de la nefropexia repite los nombres de Jonnesco, Ponllet, Vulhiet, Jaboulay Pean, Bazy etc., como autores de procedimientos propios de nefropexia, pero las técnicas de estos cirujanos no obtuvieron éxito en el riñón móvil; bástenos con citar sus nombres.

Es por la vía lumbar por donde hay que arribar al riñón para fijarlo. El enfermo adopta el decubito lateral del lado sano, la pierna de este lado en extensión y la otra en flexión.

Hecha la asepsia del campo operatorio y ya anestesiado, se coloca un cojin sólido que levante el flanco que da sobre la mesa, haciendo por consiguiente más amplia la región á operar, separando la distancia costo-iliaca, es muy práctico usar para esto una botella envuelta en una sábana doblada.

Puesto en condiciones el cirujano del lado del dorso y el ayudante de el lado del abdomen, se procede á la incisión. Antes de practicarla es necesario reconocer la duodécima costilla, esta puede ser larga ó corta; cuando es corta sin un exámen atento es fácil tomar la 11ª por la 12ª y esta confusión expone á lastimar el fondo de saco pleural.

Para reconocer este detalle quirúrgico basta recorrer con los dedos el reborde costal y continuar de adelante atrás la última costilla oblícua ascendente hacia la columna vertebral, si en este recorrido que hacemos sin accidente de la mano que explora llegamos hasta muy cerca de la columna, estamos entonces sobre la 12.ª costilla que es larga, si por el contrario á unos tres ó cuatro traveces de dedo antes de llegar á la columna detiene nuestros dedos una ligera saliencia que continúa haciendo un ángulo obtuso á seno postero-inferior, estamos en presencia de una 12.ª costilla, corta, horizontal.

La incisión para la nefropexia debe poner el mayor cielo abierto al riñón. La incisión vertical no sirve porque el campo que dá es muy reducido, la incisión oblícua, que parte del reborde costal á cuatro traveces de dedo de los apofisis espinosos y se dirige en linea recta hacia la espina ilíaca antero-superior, es bastante buena y con ella se puede practicar bien la operación, pero mucho más cómo-

da es la incisión recto-curvilínea aconsejada por Guyon que se practica de la manera siguiente: sobre el reborde costal á cuatro grandes traveces de dedo, sobre el borde de la masa sacro-lumbar, se comienza una incisión que desciende á lo largo de esta masa muscular deteniéndose á tres traveces de dedo por arriba de la cresta ilíaca para incurvarse y seguir adelante, dos traveces de dedo por arriba y paralela á esta cresta, terminando más é menos á la altura de la mitad de la cresta ilíaca ó prolongándola más adelante según la necesidad.

En la incisión se corta la piel, el tejido celular sub-cutáneo, el músculo gran dorsal en la parte superior de la incisión, los oblícuos y la aponeurosis del transverso. Cortado el plano músculo aponeurótico aparece como guía de importancia un nervio grande que se dirige abajo y afuera, es el gran abdomino genital.

Para arribar bien al alojamiento renal ó poder hacer una buena colocación, conviene cortar el ligamento lumbo-costal de Henle para lo cual es suficiente rechazar con el índice y medio de la mano izquierda yendo de abajo hacia arriba el fondo de saco pleural, de un golpe de tijera se corta todo sin temor de lastimar nada.

Se está en este tiempo frente á una lámina celulosa, tenue, es la facia de Zuckerkande, la cual se incinde ó se desgarra con la sonda acanalada.

Esta facia está en relación directa con la grasa peri-renal, hay pues que desprender esta grasa para llegar al riñón. Mientras el ayudante comprimiendo sobre el abdomen aproxima lo más posible el riñón hacia la incisión, el cirujano se ocupa en sacar la grasa peri-renal, tiempo que se hace fácil y sin inconveniente de hemorragia practicándolo con los dedos, pero que es mejor acostumbrarse á ejecutarlo con una pinza de disección, sacando á pedazos por tracción hasta librar al órgano en lo más posible de su envoltura adiposa, es indispensable que quede libre su cara posterior, borde externo y parte de la cara anterior, no hay para que insistir en las proximidades del hilio, más cuando esto puede dar lugar á rupturas de vasos.

Desnudado el riñón de su cápsula adiposa, se procede á pasar los hilos fijadores. Algunos cirujanos ven la conveniencia en sacar un losange de cápsula propia del riñón para dejar la zona cortical en relación íntima con la superficie donde se ha de fijar, facilitando así la formación de adherencias; pero las experiencias de Albarran muestran de una manera evidente que las adherencias se establecen bien sólidas y numerosas sin necesidad de resecar una parte de la cápsula propia.

Sin necesidad entonces á nuestro juicio de esta decapsulación pasamos á poner los hilos. Es necesario para esto usar cat-gut grueso número 4 ó 5, tres

hilos dobles se pasan de la cara anterior á la posterior del riñón ó en sentido contrario; el primero al nivel de la unión del tercio superior con el medio, el segundo en la mitad del órgano y el tercero un poco por debajo de la unión del tercio medio con el inferior; cada punto debe ser pasado á un poco más de un centímetro del borde del riñón.

La aguja conveniente es una curva grande, la de Hagedorn es muy apropiada: se pone el hilo doble y unos 15 centímetros antes de su terminación se hace un nudo doble, así se cargan tres agujas antes de empezar la operación.

Pasado cada hilo doble se libra de su aguja cortándolo en su extremo correspondiente y se anudan los dos cabos justamente contra la superficie del riñón, sobre el orificio de salida de la aguja.

Para esto se pone la punta de una pinsa de Kocher cerrada que presiona un poco el riñón y sobre ella se hace un nudo doble con los dos cabos. Este anudamiento á la entrada y salida del hilo sobre el riñón tiene por objeto que la presión desarrollada al ajustar el cat-gut sobre la costilla y sobre el plano músculo aponeurótico no se haga sentir sobre el parénquima del órgano.

Se procede en seguida á la fijación: los dos cabos posteriores del primer hilo se atan á la 12.ª costilla; para esto se pasa una aguja de Reverdin de arriba abajo rozando bien con la punta la superficie de la

costilla, para no herir la pleura; sobre la aguja que sale por debajo del borde interior de la 12.ª costilla, se carga uno de los cabos posteriores y el otro se lleva por fuera para anudarlos abrazando la costilla. Igual cosa se hace con los cabos anteriores del mismo hilo.

Los cabos anteriores y posteriores del segundo y tercer hilo se suturan al plano músculo aponeurótico hacia los labios correspondientes de la incisión, pero profundamente para poder hacer un buen plano de sutura que recubra al riñón al reconstituir esta capa músculo aponeurótica, que se sutura con catgut.

Después de este plano se pone el último con puntos de crin de Florencia.

Salvo indicaciones de prudencia el drenage es inútil; tres cosas hay que evitar al hacer esta operación son: la abertura de la vaina de la masa sacro-lumbar, la abertura del peritoneo y la punción de la pleura.

Haciendo la incisión á cuatro grandes traveces de dedo por fuera de las apofisis espinosas, es muy fácil evitar la abertura de la aponeurosis de la masa sacro-lumbar, si por haber seguido mal camino se le abre, es necesario cerrarla mediante unos puntos separados de catgut.

Este tropiezo operatorio puede traer consecuen-

cias muy molestas, pues la supuración de la masa muscular se hace con alguna facilidad.

Menos serio es el accidente de abrir el peritoneo, en los casos de haber cometido esta falta operatoria es necesario cerrarlo bien en sutura continua con un catgut delgado.

Al pasar la aguja sobre la cara interna de la costilla no es difícil pinchar la pleura de lo que nos apercibiremos inmediatamente por el silvido característico que da cualquier punción ó pequeña herida hecha en la pleura parietal. No hay que alarmarse por este accidente sin importancia y mejor que pretender cerrarlo por una sutura conviene taponar por lo pronto y luego obturarlo bien al hacer la reconstrucción del plano músculo aponeurótico.

Los enfermos operados de nefropexia deben permanecer tres semanas en cama en decúbito dorsal.

JUAN TUCULET

Buenos Aires, Abril 12 de 1909

Nómbrase al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Ignacio Allende, y al profesor suplente Dr. Ricardo S. Gómez, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Canton

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Abril 23 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1977, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿La nefropexia es aplicable á todos los casos de riñón móvil?

II

Peligro de ciertos medios contentivos en la ectopia renal.

III

¿Debe preferirse la seda al crin ó al catgut en la fijación del riñón?

BIBLIOGRAFIA

Albarran.—Traité de Cirurgie de Le Dentu et Delbet.

Albarran et Imbert.—Les tumeurs du reins.

Alglave.—Annales des maladies des organes genito-urinaires.

Bergmann—Bruns--Mikuliez.—Trattato de chirurgia pratica. (Milano 1904).

Bouchard—Charcot—Brissaud.—Traite de Medecine (París 1902).

Decoud D.—Nefrotomías, nefrectomías y nefropexias (La Semana Médica, Octubre 1902).

Debove—Achard—Castaigne.—Manuel des maladies des reins et de capsules surrenales. (París 1906).

Deschamp.—Diagnostic des affections chirurgicales du rein. (París 1902).

Desmoulins.—Nefrorrafies resultats nombreux et eloignes. (París 1904).

Duplay y Reclus.—Traité de chirurgie. (París 1892).

Dieulafoy.—Pathologie interne. (París 1902).

Eichhorst.—Traite de diagnostic Medical. (París 1902).

Fischer H.—Nefropexia sans sutures. (París 1899).

Guyón.—Maladies des vois urinaires.

Legueu.—Quelques considerations sur l'anatomie pathologique du rein mobile.

Legueu.—Cancer du rein mobile. (París 1897).

Legueu.—Le rein mobile (París 1906).

Le Dentu y *Delbet.*—Traité de cirurgie (París 1899).

Le Dentu A.—Affections chirurgicales des reins. (París 1889).

Mello J. C.—Do rin movel è seu tractamento. (Rio de Janeiro 1904).

S. Parodi.—La nefrorrafia (Buenos Aires 1899).

Pousson A.—Precis des maladies des vois urinaires.

Salmoni.—Intorno alla patogenesi del rene mobile. (Torino 1907).

Rayer.—Maladies de reins. (París 1841).

Roberts.—Enfermedades de los riñones. (Madrid 1891).

Sedicle H.—Considerations sur l'anatomie pathologique et le traitement de rein mobile. (París 1905).

Testut L.—Anatomie humaine.

Testut et Jacob.—Anatomie topographique.

Tillaux P.—Traité d'anatomie topographique. (París 1900).

Tuffier.—Etudes experimentales sur la chirurgie du rein. (París 1889).

Tulasme.—De l'ectopie renale. Difficulté du diagnostic.

Walch.—Etude clinique du rein mobile. (París 1896).