Año 1909 Núm. 2067

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA HIDRONEFROSIS INTERMITENTE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUSTO P. NÚÑEZ

Ex-practicante menor del hospital «Doctor Teodoro Alvarez», 1906-1907

Ex-practicante mayor interno, 1908-1909

BUENOS AIRES

"LAS CIENCIAS", Librería de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA HIDRONEFROSIS INTERMITENTE

Año 1909 **Núm. 2067**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA HIDRONEFROSIS INTERMITENTE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUSTO P. NÚÑEZ

Ex-practicante menor del hospital «Doctor Teodoro Alvarez», 1906-1907

Ex-practicante mayor interno, 1908-1909

BUENOS AIRES

"LAS CIENCIAS", Librería de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

—La **Facultad** no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

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. » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda.
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
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	» JOSE 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	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» 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
» 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 JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES » JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN 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 CARLOS 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. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSE ARCE
Clínica 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
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO BARRAZA
armacognosia 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 Obstétrica.....	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 JUAN FELIPE ARANGUREN

DIRECTOR DEL HOSPITAL «TEODORO ALVAREZ»

A MIS QUERIDOS PADRES

A TODOS LOS MIOS

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Siendo el tema de mi trabajo inaugural algo que nunca en mi práctica hospitalaria hubiera visto, y llamándome la atención un tumor tan voluminoso, repitiéndose periódicamente y desapareciendo sin dejar rastro aparente en la florida salud de mi enfermo, he creído interesante hacerlo objeto de mi tesis, máxime si consideramos que su observación es relativamente rara y que su patogenia es objeto aun de discusiones reñidas. La observación mía, se refiere á la parte clínica únicamente. Lo he seguido desde el momento en que el tumor se formaba hasta la completa desaparición de él. Hace poco tiempo, he tenido la oportunidad de observarlo sano, robusto, sin la más mínima molestia; conserva sólo las paredes del abdomen sumamente flácidas, permitiendo hacer la palpación profunda y no he notado nada de anormal ni he podido palpar el riñón.

Quiero dejar constancia de mi reconocimiento, á todos los profesores que han contribuído á formar

mi criterio científico, y en particular á los jefes de servicio y médicos agregados del Hospital Teodoro Alvarez, donde he hecho la parte práctica,

A los doctores Lozano, Gnecco, Avila Méndez, Enriquez, Cirio, Arce, Tamini, Benitez y Vilaseca, de quienes tanto aprendí, mi sincero afecto.

Al doctor Juan Felipe Aranguren, nuestro querido director, el modelo del caballero modesto, que me honra mil veces acompañándome en este acto, todas las palabras son pocas para expresarle mi eterno reconocimiento.

HISTORIA

La primera observación se remonta al año 1672, en que Nicolás Tulpius, médico inglés, observó en un sujeto que sus orinas se suprimían, en cada luna llena, formándose al mismo tiempo un voluminoso tumor, acompañado de dolor, vómitos, etc., y que desaparecía expontáneamente al llegar el cuarto menguante ó si se le practicaba una sangría del brazo.

La publicación de este caso, hizo mucho ruido entre los médicos de ese tiempo, tanto en Inglaterra como en Francia, pero no se encontró quien pudiera dar una razón natural de la periodicidad de la supresión urinaria. Cuando murió, la autopsia mostró recién la lesión anatómica de la afección; pero las interpretaciones sobre la patogenia hechas por el mismo Tulpius son disparatadas, curiosísimas y dignas de leerse.

Cien años más tarde, Boissier du Sauvages, habla del caso de Tulpius único hasta allá, en su *Nosológica Metódica* y lo considera perfectamente admisible como lo interpreta Tulpius y al describirla

encabeza su artículo así: *Iscuria renalis lunática Tulpii.*

Johnson, en 1816, observó un caso parecido y lo llamó *hidrorenal destención.* En 1836 Rage publicó un libro titulado: *Traité des maladies des reins* donde esbosa la historia de la hidronefrosis congénita.

La primera observación seriamente recogida en esta época, fué magistralmente descripta por un autor inglés, Hare que la publicó en 1857, acompañada de un estudio anatómico muy preciso.

En 1867, Roberts, describe 52 casos de hidronefrosis, de los cuales 14 debidos á cálculos y 20 de hidronefrosis congénita. Sobre estos 20 casos, 4 son debidos á imperforación ureteral y tres debidos á oblicuidad exagerada del abocamiento de este conducto en la pelvis renal.

Colé en 1874, llamó á estos tumores con el nombre que hoy tienen, Hidronefrosis intermitente.

En 1888, aparecen varios trabajos y observaciones hechas por Furbringer, Thiriar, Landau, Newman, Terrier y Baudouin, Guyón, Legueú, Arnould y cada uno de ellos interpreta los hechos de diferente manera, unos fundándose en pruebas anatómicas irrefutables, otros en teorías más ó menos verídicas. Lo que está probado de una manera neta es que hay muchas causas de hidrofrenosis intermi-

tentes que explican la sintomatología que cada uno produce.

Tuffier, el 15 de enero de 1896, presenta una observación relatada en los Anales de las enfermedades de los órganos génito-urinarios del mismo año.

En octubre de 1902, Prat presenta á la Sociedad de Anatomía de París, el riñón de una mujer que fué atacada de pionefrosis con acodadura del uréter sobre un pedículo anormal.

En 1904, se discute en la Sociedad de Cirugía de París la patogenia de la hidronefrosis intermitente. Bazy, relata dos observaciones donde la acodadura de los vasos es secundaria.

En este mismo año J. Durand sostiene en una tesis que los vasos anormales es la causa de la hidronefrosis intermitente.

Legueu, estima que Bazy atribuye á la congenitalidad un lugar exagerado en la patogenia de la hidronefrosis intermitente.

Hartmann, ha tenido ocasión de operar un hombre de 25 años atacado de hidronefrosis intermitente; en el curso de la operación constató que la rama inferior de la arteria renal acompañada de la vena correspondiente se echaban al riñón detrás de la pelvis renal y que el uréter se acodaba sobre este pedículo vascular.

Picquè, opera una señora por una uronefrosis

intermitente con riñón móvil. Encontró un vaso anormal, pasando en escarpa sobre la cara posterior de la pelvis renal y se echaba directamente de la arteria renal al polo inferior del riñón. La pelvis renal cabalgaba sobre este vaso.

———

ANATOMIA NORMAL

El aparato urinario está formado por los riñones, glándulas renales, encargados de la separación de la orina de la sangre; en número de dos, uno para cada lado de la columna vertebral, comprendidos entre las 12ª vértebra dorsal y las dos primeras lumbares. Su borde inferior desciende hasta la apófisis transversa de la tercera lumbar, su borde superior está al nivel de la undécima costilla.

Sostenido en su sitio por el pedículo vascular, por la atmósfera célulo-grasosa y la aponeurosis que la envuelve,—el peritoneo,—las adherencias con la cápsula suprarenal, la presión intraabdominal, no está inmóvil, sigue los movimientos de inspiración y expiración; se mueve también en la masa grasosa, quedando fija la cápsula de envoltura.

Tiene la forma de un poroto. Su borde externo convexo, su borde interno cóncavo. La sustancia propia del riñón es de consistencia firme, compacta, si hacemos un corte por su borde convexo,

que comprende todo el espesor paralelo á las dos caras, se ve que está formado de dos partes bien definidas: una cortical y otra medular ó central, donde van á terminar en forma de cono las pirámides de Malpighi.

La substancia cortical es de color rojo amarillenta, presenta un aspecto granuloso, formada por los tubos contorneados y los glomérulos de Malpighi, etc. La substancia medular más compacta y de un rojo oscuro, forma una serie de segmentos independientes de la forma piramidal, llamados pirámides de Malpighi; cuyas bases vueltas hacia la periferia de la glándula, se adhiere á la substancia cortical y los vértices vueltos hacia el íleo son libres, de forma cónica, llamadas papilas renales, las que son recibidas en los cálices, cortos cilindros membranosos que abrazan la parte libre de las pirámides de Malpighi, quedando éstas haciendo salida al interior, como el fondo cónico de una botella en la cavidad de la botella.

Los cálices, entonces, son tubos membranosos muy cortos, que se unen entre si en un tubo único continuándose con el uréter. El espacio comprendido entre la unión de los cálices y el uréter, es á lo que se llama pelvis renal.

Sobre un cadáver normal, la pelvis renal parece que no existiera como cavidad ó recipiente. Lo general y lo que salta á la vista, es que la pelvis

renal, es el resultado de la confluencia en un punto de varios cálices, tomando por esa causa un volumen mayor que un caliz. (Lloyd y Torrey). Sin embargo, podemos decir que, desde el punto donde unos cálices confluencian hasta la parte más declive, donde el uréter toma un calibre uriforme, hay un espacio variable en tamaño, que es á lo que se llama *pelvis renál.* (Morel et Duval, Testut).

Poirier, ha sacado moldes en cera, de 150 pelvis renales y ha obtenido resultados muy satisfactorios de su calibre, el que puede ser: virtual en algunos casos, y las dimensiones mayores conseguidas eran del tamaño de una nuez.

Al estado normal, parece que el gran eje del uréter sea el mismo que el gran eje de la pelvis renal. Ambos se continúan insensiblemente como un embudo, donde la parte ancha representa la pelvis renal y la estrecha el uréter. Pero en el interior existe un estrechamiento en el punto de unión del uréter y la pelvis renal, estrechamiento que varía de sitio. (Moldes hechos por Hallé, Poirier y Charpy).

El pedículo vascular también es interesante estudiarlo al estado normal por las anomalías frecuentes observadas y que son causas de hidronefrosis.

Las arterias en número de dos, una para cada riñón, nacen de la aorta en ángulo recto, se dirigen

horizontalmente hacia el íleo del riñón y se dividen en cuatro ó cinco ramas terminales.

Antes de entrar al riñón producen algunas ramas á las cápsulas suprarenales. Otras arteriolas van al tejido célulo-adiposo.

Algunas veces, en lugar de una arteria para cada riñón, se encuentran dos ó tres, otras veces la división se hace á su salida de la aorta; ya nacen de la hipogástrica ó de la ilíaca interna; ya hay otras arterias suplementarias á los polos del riñón, frecuencia: una vez sobre cinco (Duval).

Las venas nacen de cada lado de la cava inferior, dirigiéndose horizontalmente hacia el íleo pasando delante de las arterias renales y se dividen en varias ramas. Dan también ramas á las cápsulas suprarenales y tejido célulo-adiposo.

Victor Veau, en la Sociedad de Anatomía de París, en 1896, comunica el hallazgo en una autopsia de un cadáver perteneciente á un sujeto que falleció con toda la sintomatología de meningitis tuberculosa, de una hidronefrosis doble. Tenía cuatro uréteres, dos normales y dos desembocando en plena próstata, además había dos arterias renales de cada lado, la superior delgada y única, la inferior voluminosa, dividiéndose en varias ramas antes de echarse en el riñón.

Venas normales.—En este caso, verdadero de

hidronefrosis tardía y congénita, es producida por la compresión de los uréteres prostáticos en la época de la pubertad, con el desarrollo de los órganos genitales (caso sumamente raro).

———

ANATOMIA PATOLOGICA

La bolsa hidronefrótica puede presentar todas las dimensiones posibles; desde el tamaño de un tumor que pasa desapercibido (dos casos de Legueu operados en 1903), hasta el tener una capacidad de 20 ó 30 litros (Terrier y Baudouin)

La pelvis renal se distiende al mismo tiempo que aumenta el espesor de sus paredes, acompañándose de induración del tejido conjuntivo que la engloba normalmente. Como consecuencia de esta dilatación, el tumor líquido, hace el efecto de cuerpo extraño é irrita los tejidos vecinos y la bolsa misma, tomando adherencias que la fijan en posiciones más ó menos viciosas.

Por lo general, la causa de la hidronefrosis intermitente, se halla en la parte superior del uréter y la forma de la bolsa es más ó menos redondeada, lo que no sucede cuando el obstáculo se halla en el trayecto ó fin de ella, que entonces es piriforme.

El riñón se esclerosa y atrofia, allí donde la

resistencia es más grande, es donde menos desorganizado se halla.

Al principio, la bolsa reno pielítica, está solamente constituída por los cálices y la pelvis renal distendida, por efecto de las compresiones sucesivas; primero los vértices de las pirámides de Malpighi se achatan, después le sucede también al resto del parenquima renal hasta no quedar más que una cáscara de espesor variable, englobando á la manera de un gorro, con distintas saliencias y depresiones de substancia renal.

Estas saliencias son transparentes, teniendo algunas veces el aspecto azulado de la esclerótica (Pousson). Las depresiones son fibrosas y duras, en ellas es que se conserva el parénquima renal que funciona.

La atrofia renal, no es tan considerable como en las hidronefrosis cerradas, debido á las intermitencias de tensión y relajación que dejan funcionar y regenerar en parte al tejido del riñón.

En 1904, Enderlen, sobre perros ha ligado el uréter, cerca de la vejiga y ha observado una dilatación de los canalículos uriníferos, una destrucción parcial del epitelio renal y una infiltración leucocitaria. Al poco tiempo, quitó el obstáculo en algunos, estableciendo una anastomosis vésico-ureteral. Las lesiones desaparecieron en parte y se hizo

una regeneración suficiente, aunque incompleta, del parénquima renal.

Si refiriéndonos al caso por nosotros observado, con enorme saco líquido y posible escaso parénquima renal, tenemos que admitir suficiente parénquima sano para darnos líquido en cantidad suficiente que en tres días, nos da un tumor que ocupa la mitad del abdomen.

Los vasos congestionados. — En cada ataque, la bolsa se distiende al máximun, y cada vez la cantidad de líquido encerrado se hace mayor, aumentando también la capacidad de ella. Vaciada ésta, sus paredes se pliegan pero no se achican, porque la elasticidad se pierde á medida que la capacidad aumenta por ruptura de las fibras elásticas; las paredes congestionadas é irritadas se hipertrofian y un nuevo ataque las encuentran resistente y capaces; de esta manera es que llegan á tener el volumen enorme que se ha observado en distintas ocasiones, como en el caso nuestro.

Después de un corte mediano en un riñón con hidronefrosis operado por Terrier en 1890, se observó: La sustancia renal, atrofiada, sobre todo en su parte inferior y al nivel de la cara posterior.

Bajo la influencia de la pesadez y estagnación de orina, vemos la atrofia desarrollarse en su parte anterior é inferior.

Los cálices en número de siete, están muy dila-

tados, en cada uno de ellos se puede introducir el pulgar; ellos se entierran en la substancia renal bajo forma de anchas galerías terminadas por uno, dos ó tres fondos de saco, bastante amplios, en el fondo de los cuales no se distingue bien las salidas en forma de conos de las papilas renales. La pelvis renal forma una bolsa que abierta y extendida comprende dos partes: una intra-renal y otra extra-renal. La superficie interna es lisa, pulida; la mucosa reposa sobre una pared fibrosa, resistente, más expesa que en una pelvis normal. Hay sitios donde es más delgada. Debajo del epitelio corren dirijiéndose hacia el orificio ureterino una gran cantidad de pequeños vasos sanguíneos injurgitados de sangre oscura.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La primera condición requerida para que la acumulación de orina aséptica en la pelvis renal se observe, es la evolución de un proceso amicrobiano. Como la pelvis renal tiene una capacidad muy pequeña ó virtual la mayor parte de las veces, la acumulación de orina no se hace visible al clínico después de una obstrucción, sino cuando esta retención se hace relativamente considerable.

Dos factores entran en juego siempre. De una parte un obstáculo más ó menos pronunciado al curso de la orina y de otra parte la dilatación de todas las vías urinarias colocadas por detrás del obstáculo.

Terrier y Baudouin agrupan las causas de las hidronefrosis intermitentes en: hidronefrosis por causas desconocidas al examen clínico; hidronefrosis por lesiones vesicales ó de los órganos vecinos de la extremidad inferior del uréter; hidronefrosis por riñón desplazado ó móvil; hidronefrosis de origen congénito.

Citan observaciones bien detalladas que prue-

ban la clasificación establecida. A las hidronefrosis por causas desconocidas al examen clínico, corresponden los tumores sobre enfermos que no han sido operados y vivían todavía, pero que probablemente podrían encuadrar sus causas en las otras causas clasificadas, consideradas de esa manera por insuficiencia de observación.

A las producidas por tumores ó lesiones de la extremidad inferior del uréter, recordaremos un caso de Morris, de neoplasma del frigono vesical, donde las paredes del uréter infiltradas obstruyeron la luz del mismo, formándose la retención, más tarde el tumor destruído, fué eliminado y con él la colección líquida. Otros casos de tumores de vecindad son las observaciones de Tuffier en 1887 y de Decressac (1888).

Había en el momento de la autopsia en el caso de Decressac, trazas de pelvi-peritonitis antigua, nada de falsas membranas pudiendo comprimir el uréter. Sin embargo, era fácil deducir que en su *poussée* aguda el uréter había sido comprimido produciendo una dilatación por encima de la parte comprimida y de los cálices. En el de Tuffier, todos los órganos de la pequeña pelvis, formaban una sola masa, los disecó con cuidado y vió partir de la extremidad superior, un largo cordón, del volumen de un intestino de perro que reconoció por el uréter; lo siguió hasta el riñón que estaba en parte desorganizado;

los cálices y pelvis renal tenían el tamaño de un puño y el riñón comenzaba á ahuecarse de cavidades lobuladas. El cabo inferior del uréter, aquella comprendida en la pequeña pelvis, estaba bien adherida á la masa, era permeable, su calibre inextensible y de muy pequeña luz.

Ffihl, médico en jefe de la marina de Brest, el año pasado (1908) tuvo ocasión de observar un quiste hidático del riñón, habiendo determinado crisis de hidronefrosis intermitente. Era un sujeto de 38 años que sufría de cólicos nefríticos desde hacía unos diez años. Durante los accesos, las orinas se suprimían y apercibía un tumor desarrollándose en el hipocondrio izquierdo. Terminada la crisis, orinaba mucho y el tumor desaparecía.

Los quistes hidáticos del riñón son sumamente raros; sobre 100 casos, sólo 50,6. Las hidronefrosis por quistes hidático son todavía más raros; hasta ahora no se han observado más que dos casos y uno de ellos todavía dudoso.

Las hidronefrosis intermitentes congénitas tie- también sus representantes; Terrier y Baudouin dicen que han recogido tres observaciones indiscutibles. Legueu, que ha escrito mucho sobre el tema que nos ocupa, declara que nunca ha observado una hidronefrosis intermitente congénita, en cambio dice haber observado dos ejemplos de hidronefrosis intermitente calculosa, que es negada por Terrier y Baudouin.

Pero las que tienen mayor número de observaciones son las hidronefrosis por desplazamiento del riñón, como que es la complicación casi obligada.

Para Albarrán, hay personas predispuestas al riñón móvil, y dice: «En ellos el espacio separado de la última costilla á la cresta ilíaca al nivel de los lomos, es mayor que de ordinario; son individuos de tórax estrecho en su parte inferior, la fosa lumbar más estrecha arriba, más borrada por abajo, favorece el desplazamiento del riñón. Cuando el riñón cae, se cae solo dejando la cápsula suprarenal en su lugar, desliza en su envoltura adiposa que es más laxa que la grasa del resto del organismo y la envoltura fibrosa de esta grasa queda fija. Cuando el riñón desciende, lo hace en sentido vertical, pero llega un momento en que es retenido por su pedículo y entonces ejecuta un movimiento de rotación sobre su eje transversal que lleva hacia adelante su polo inferior y hacia atrás su polo superior, tomando entonces una posición de arriba abajo, de atrás adelante y de afuera adentro». El pedículo del riñón es alargado, la arteria renal puede llegar á tener 12 centímetros de longitud; la vena es más corta, pero en la caída del riñón le es más fácil arrastrar la vena cava que forma entonces un ángulo agudo cuyo vértice se dirije hacia el riñón, por lo que en las operaciones de nefrectomía debe tenerse muy en cuenta para evitar confusiones, ligando la vena cava

en lugar de la renal, como ha sucedido varias veces y nosotros hemos tenido ocasión de observar uno muy curioso en que la enferma vivió haciéndose la circulación de retorno por las epigástricas.

Al hablar de la anatomía normal, vimos que las anomalías de los vasos del pedículo renal eran muy frecuentes; circunstancia que tomaremos en cuenta, porque á nuestro juicio juegan un rol importantísimo en la patogenia.

Tuffier, en 1895, habiendo practicado la nefrectomía en un enfermo con hidronefrosis intermitente, describe así á sus alumnos la lesión encontrada: «Sobre esta pieza veréis al riñón representado por una cáscara delgada, etc., etc..... El codo está situado á un centímetro debajo de la pelvis renal y está formado por la reflexión del uréter sobre la rama inferior de la arteria y vena renal. La concavidad de esta acodadura es mantenida fija parcialmente por tractus celulares que unen sus dos porciones ascendente y descendente».

Se admite generalmente que el riñón móvil acoda el uréter y que el codo que resulta, impide la libre circulación de la orina y produce la hidronefrosis. Pero un hecho sobre el que es importante insistir, es que todo riñón móvil acarrea forzosamente con él un codo del uréter y como la hidronefrosis no es el corolario obligado de la movilidad del riñón, es necesario admitir que una causa nueva in-

terviene, que hace de un codo no obliterante uno obliterante.

Durand (Tesis de París. 1904), sostiene que la causa principal de la hidronefrosis intermitente es la situación anormal de los vasos del pedículo y secundariamente la caída del riñón que hace descansar el uréter sobre el vaso anormal. Cita en apoyo de su tesis, once casos observados por diferentes autores y que se caracterizan más por sus crisis dolorosas que por el tumor que á veces no se ha podido palpar, y dice: «Muchos casos de vasos anormales no hubieran revelado su presencia, haciéndose la causa de una hidronefrósis intermitente si el riñón no se desplazara». No deja de reconocer que hay observaciones en que las causas son otras, sin entrar para nada las anomalías. Entonces para él, las crisis dolorosas del riñón con hidronefrosis intermitente, son síntomas de vasos anormales.

Ekehorn (Folía Urológica, 1908). — Los vasos renales anormales que pasan detrás del uréter para echarse en la parte anterior del riñón ó delante del uréter para penetrar en la parte posterior del riñón, pueden ser una causa muy importante de hidronefrosis intermitente. El uréter estrecha su luz cuando es sostenido en su descenso por un vaso anormal. El riñón móvil no puede por él solo provocar una hidronefrosis; esto está probado por el hecho de riñón móvil, no siendo seguido de hidronefrosis.

Para que una hidronefrosis se desarrolle en un riñón móvil, es necesario que otras circunstancias renales aporten un impedimento al curso de la orina y determinar una retención renal. Ekehorn, atribuye el impedimento al vaso anormal. Ha coleccionado 25 casos de este género.

Hallé, en 1857, había observado acodadura del uréter con unión á la pelvis renal, por bridas cicatriciales en la hidronefrosis intermitente y después de él se ha observado lo mismo muchas veces, lo que muestra el rol capital que debe ocupar en la lesión que nos ocupa.

Legueu, en 1892, en una comunicación al Congreso de Cirugía de París, con Albarrán, llaman la atención sobre lo observado por ellos en un sujeto de anfiteatro con riñón móvil, de las desviaciones del uréter que acompañan la movilidad del riñón.

El uréter desplazado se pliega y acoda y estas acodaduras son intermitentes con bajada del riñón que las produce. Estos codos no son obliterantes. Para que la hidronefrosis en el riñón móvil se opere es necesario, ó que una torción exagerada del conducto se produzca estrechando la luz ó que uno de estos codos cese de ser móvil. La fijeza del codo es entonces la condición que la hace obliterante. Ahora bien, esta fijeza puede resultar de varias causas: disposición particular ó anormal de un vaso, adherencias periureterales.

La hidronefrosis así constituída es una hidronefrosis abierta; ella puede transformarse en hidronefrosis cerrada, fija y difinitiva.

En 1895, el mismo Legueu observa y opera una hidronefrosis intermitente, cuya causa primera y única era un riñón movil que ya había sido observado 20 años atrás. Había un estrechamiento cicatricial que obliteraba casi todo el conducto desarrollado al nivel del codo antiguo.

Landou, en 1888, sostiene que la hidronefrosis intermitente es el efecto y no la causa de la movilidad del riñón. De la misma opinión se hacen partícipes Terrier y Baudouin en sus notables trabajos publicados en 1891.

Tuffier, en 1894, recurre á la experimentación y confirma las opiniones de Landou, Terrier y Baudouin. Sobre ocho perros ha movilizado el riñón y lo ha fijado en una posición anormal. Cuatro veces ha obtenido hidronefrosis intermitente. Se acompañan de acodaduras del uréter á dos centímetros debajo del híleo del riñón, allá donde cruza los vasos. La simple compresión del riñón hacía escurrir la orina. Observó también que no se formó codo sino simplemente curvadura que fué suficiente para disminuir la excresión urinaria, al mismo tiempo había congestión renal intensa y el riñón deformado.

Bazy, en 1904, comunica una observación donde la acodadura sobre los vasos anormales es bien se-

cundaria y para él la causa primordial estriba en la deformación de la pelvis renal (inserción del uréter en la parte superior de la pelvis renal). Hay primero hidronefrosis parcial y después nefroptosis por aumento de peso del riñón, y dice: «Lo que se ha tomado por la causa no es sino la consecuencia, etcétera».

Fuera de algunos casos aislados y raros de hidronefrosis por causas fortuitas, vemos que la mayor parte de las observaciones se refieren á la caída del riñón sobre vasos anormales ó sin ellos, á bridas cicatriciales debidas á periureteritis irritativas consecutivas á la nefroptosis, por lo que no dudamos en colocarnos del lado de los que tal afirman y sostienen, cuando en el curso de nuestro apostolado se nos presenten dolientes de la naturaleza de nuestro trabajo.

FISIOLOGIA PATOLOGICA

La substancia renal salvada de la atrofia conserva suficiente energía excretora para su funcionamiento, circunstancia que hace que en una antigua bolsa reno-pielítica en su *poussée* hidronefrótica el contenido conserve sus caracteres de orina con el agregado del exceso de orina acumulado.

Guyón, Albarrán y Tuffier lo han probado experimentalmente Albarrán, con ayuda del cistoscopio ha introducido una sonda ureteral hasta la pelvis renal, recogiendo de esta manera la orina de los dos riñones y pudo comprobar que la mitad de las sales y medicamentos se eliminaban por el riñón enfermo. Voisin, médico interno del servicio de Tuffier, ha hecho el análisis de la orina contenida en la pelvis renal en casos operados por Tuffier, llegando á los mismos resultados.

En las crisis de hidronefrosis intermitente la sucesión de los fenómenos es el siguiente: obstáculo á la excresión de orina, acumulación de líquido en la pelvis, retención renal con distinción y aumento del

volumen del riñón, crisis, después evacuación de líquido y cesación del dolor. La orina retenida es la que aumenta el volumen del riñón, la debacle del líquido almacenado en la pelvis es lo que constituye la poliuria.

A esta manera de ver las cosas, sin negarlas categóricamente, Albarrán las objeta fundándose en sus observaciones personales y experiencias. Hace jugar un rol importante en el aumento del riñón á la congestión del mismo. En experiencias hechas con Guyón, han mostrado que la retención vesical completa de orina determina una congestión renal que aumenta de un tercio el volumen del riñón. La ligadura completa del uréter acarrea en las primeras horas una congestión renal intensa que aumenta en mucho su volumen mientras la cantidad de líquido retenido en la pelvis es poco considerable.

«Tengo observado otros hechos, dice, que muestran bien el rol de la congestión en el aumento de volumen del riñón móvil. He operado un enfermo que desde cuatro años tenía crisis de hidronefrosis intermitente bien características. Durante la crisis el riñón aumentaba de volumen al mismo tiempo que se volvía doloroso. Al fin de la crisis, el enfermo tenía en el espacio de una hora tres ó cuatro micciones, representando en conjunto un litro y medio de orina; practiqué la nefrorrafia y constaté que el riñón aumentado de volumen no presentaba tra-

zas de dilatación.» Ha operado otros enfermos con crisis características de hidronefrosis intermitente y tenían gruesos riñones móviles, congestionados, cuyos volúmenes eran casi el doble que al estado normal.

Si bien es cierto que en las primeras faces de la enfermedad los fenómenos congestivos priman sobre la retención renal, en las viejas hidronefrosis el líquido almacenado está bien en relación con el tamaño del tumor, la anatomía patológica lo prueba también suficientemente. De la poliuria observa que no existe proporción entre las debacles y la bolsa.

En cuanto á la intermitencia de los accidentes, dos fenómenos pueden explicarlos. El codo puede enderezarse expontáneamente, gracias á los movimientos del riñón, ó la tensión intrarenal provocada por la acodadura puede forzar esta última y llevar la evacuación de la orina.

———

SINTOMATOLOGIA

En clínica, las hidronefrosis se producen brusca ó lentamente; las primeras se acompañan de fenómenos dolorosos muy acentuados que constituyen el sindroma de la hidronefrosis intermitente; las segundas, al contrario, evolucionan lentamente y por así decir, sin reacción. Son las hidronefrosis cerradas. En las hidronefrosis abiertas, la evolución primitiva es más lenta que en las hidronefrosis cerradas; pero su volumen es más considerable porque ha permanecido silenciosa durante mucho tiempo antes de hacerse visible al clínico. La aparición de tumor es el primer fenómeno que llama la atención y cuando aparece, las lesiones iniciales son agravadas y más ó menos deformadas.

Pero lo característico de la hidronefrosis intermitente en su sintomalogía son los períodos de calma y de crisis; de ahí el nombre de intermitente, dado por Colé en 1874. (Ha sido llamada pasajera ó temporaria por Wilse en 1873, transitoria por Newman. Landou la llamó también recidivante).

En los períodos de calma, el enfermo no sufre ninguna molestia,—su apetito es normal, el ánimo alegre,—suele hallarse á la palpación minuciosa del vientre, el riñón descendido ó un ligero tumor blando y depresible; las paredes del abdómen flácidas, algunas veces *vergetures*, sobre todo en las hidronefrosis con voluminoso tumor.

Las crisis de hidronefrosis intermitente son tan netas, tan caracterizadas en casi todas las observaciones publicadas con detalles suficientes que se les puede conceder tres faces, en su evolución: 1º faz ó período inicial; 2º período de acmé; 3º período terminal.

El acceso inicial sobreviene á menudo en medio de la salud más perfecta. El enfermo tiene cuando mucho, cierta incomodida en un costado del vientre. De golpe á veces, los dolores se acentúan y le obligan á abandonar su trabajo y guardar cama. Sobrevienen vómitos, diarrea, á veces constipación y malestar general. La causa del acceso es por lo general debido á una comida copiosa (Colé), el uso de ciertas carnes (Guyón), abuso de vinos espumantes, (Lancereaux) bebidas gaseosas ó alimentos feculentos,—bebidas frías, carne de cerdo, ejercicios fatigantes,—disgustos, emociones vivas, constipación tenaz, (Newman); otras veces no tiene causa apreciable que llame la atención del paciente.

La influencia de la naturaleza de los alimentos

ingeridos, se explica fácilmente por las modificaciones que imprimen á los intestinos durante su digestión. El intestino grueso se desplaza, más ó menos distendido, y el riñón no tarda en seguir su ejemplo; la almohadilla gaseosa hacia adelante, que la mantenía, habiendo desaparecido, le suprime uno de sus medios de fijeza.

Recordando con Boogard que, las lesiones de periuretritis suelen traer adherencias de la pelvis renal con el colon y el duodeno, nos explicaremos facilmente el síntoma vómito, por la compresión y tironeamiento sobre el estómago del tumor y la constipación por los tironeamientos sobre el intestino formándo codos.

Los ejercicios musculares, los esfuerzos, los movimientos del cuerpo, pueden mover el riñón móvil cambiándolo de lugar.

La temperatura tomada en el momento del ataque, es normal, pero el pulso se vuelve frecuente.

La fisonomía es ansiosa y la región renal dolorosa al tacto, es algunas veces más voluminosa que en el intervalo del acceso.

Hay grados en la violencia de los accesos dolorosos. Al principio son poco marcados, ulteriormente son suficientes para impedir todo trabajo, más tarde se vuelven muy violentos. En los casos típicos y ya antiguos, el período inicial puede ser dividido en síntomas generales y locales.

Entre los fenómenos generales, tenemos las facies que son á menudo profundamente alteradas, análogas á aquel del período más doloroso de la peritonitis aguda por perforación. Hay frecuentemente náuseas y vómitos que son primero alimenticios y después mucosos;—á veces se observa expectoración viscosa abundante,—diarrea.

Durante las crisis, los enfermos se revuelcan en el lecho, gritan, todas las posiciones le son incómodas, como en ataque de cólico nefrítico ó hepático. La cara y las extremidades están pálidas y un sudor frío les baña el rostro, hay calambres y á veces abatimiento extremo.

Entre los fenómenos locales, el tumor y el dolor son los más importantes. El dolor de la región renal, de sordo que era se vuelve lancinante y muy agudo, como pinchazos; los enfermos suelen localizarlos en un punto dado fijo, otras veces se propagan al dorso, á todo el vientre, á los testículos, otras veces los dolores son menos molestos y hasta llegan á faltar.

El tumor es constatable en la mayor parte de los casos; cuando su existencia no es constatable, la confusión con un cólico calculoso es muy fácil. En caso contrario se ve ó se palpa en la región renal enferma, un tumor bien neto, de volumen variable que no existía antes del acceso en el hipocondrio. La pared abdominal muy tensa, dura, es sensible

al tacto; otras veces es indolora, se puede explorar con facilidad y se palpa un tumor redondeado, esférico ú ovoide según los casos, liso, otras veces separado en dos partes por un surco.

El tumor puede ser netamente fluctuante, lo que es raro salvo el caso de haberse vaciado en parte. Lo general es encontrar un tumor duro, sólido, pétreo, aunque en ciertos sitios se deje deprimir.

Cuando la hidronefrosis ataca á los dos lados, lo que es raro, existen fenómenos dolorosos en los dos hipocondrios y el abdómen es muy vuluminoso. La gravedad en estos casos ni se discute, salta á la vista; pueden transformarse en hidronefrosis cerradas, matando, si no se interviene á tiempo, por uremia. Lo general es, que el riñón opuesto esté sano, lo que demuestra las curaciones radicales por nefrectomia del riñón enfermo.

En este período las orinas son en más pequeña cantidad que de costumbre (oliguria). Esta disminución en la cantidad resulta de una parte en que, la pelvis renal enferma está totalmente obliterada y el otro riñón, por acción refleja, no segrega ó no produce más que algunas gotas de orina. Las orinas que son evacuadas durante la crisis son claras ó apenas turbias; porque ellas provienen del riñón opuesto que generalmente está sano.

La hematuria, dice Terrier, no ha sido señalada,

y si existe, es debida á una nefritis crónica concomitante, lo que indica una lesión antigua.

Oigamos á Albarrán: «Tengo observado un en»fermo durante el espacio de ocho meses, que ha»bía tenido dos hematurias abundantes; durante la »operación encontré un riñón móvil hidronefrosado »con uréter libre al cateterismo. Después de opera»do tuvo otra hematuria que le duró ocho días. »Con Dupré y Babinski observé otro caso; una histé»rica, donde las crisis dolorosas de un riñón poco »móvil, eran acompañadas en varios ataques de he»maturias y aumento de volumen del riñón. Estas »hematurias del riñón móvil, han sido apenas seña»ladas cuando había nefritis».

Nuestro enfermo tiene hematurias con sus ataques y tiene vestigios de nefritis.

La hematuria se explica bien por ruptura de vasos del interior de la bolsa reno-piélitica.

Sabemos que estos se cargan de sangre durante los ataques y la enorme presión del líquido acumulado, rompe sus paredes y la sangre entonces derramada, se mezcla con las orinas, dándole ese color negruzco que dura á veces varios días, poniéndose cada vez más clara hasta su completa desaparición.

El período de Acmé, que hace la vida insoportable á los enfermos, dura raramente más de 12 ó 24 horas, cuando es muy intenso, otras veces, duran

dos ó tres días; pero tiene momentos de calma y *pousseés* agudas de corta duración, mientras el tumor continúa en su crecimiento.

Período terminal.—En un momento dado, sin causa apreciable ó bajo la influencia de un cambio de posición del enfermo en el lecho ó por maniobras ejercidas sobre el tumor por el cirujano, los accidentes desaparecen más ó menos bruscamente, pero con una rapidez que sorprende, que llena de alegría al paciente que ya conoce sus resultados por ataques anteriores. El estado general mejora, los vómitos y nauseas desaparecen, los dolores locales disminuyen rápidamente y la región renal no es más sensible á la palpación. El tumor disminuye de volumen y de duro que era, se pone blando y depresible y en pocos días todo vuelve á normalizarse.

Las orinas son muy abundantes en cada micción, los deseos de orinar son muy frecuentes, las orinas unas veces son claras, otras sanguinolentas. La abundancia de cada evacuación la explicamos por su acumulación en la pelvis renal y por hipersecreción de origen reflejo consecutivo al cierre temporario del uréter. (Albarrán).

PRONOSTICO

Es una afección benigna, siempre que no sobrevengan complicaciones, que evoluciona hacia la cronicidad; se desarrolla lentamente y puede llenar todo el abdomen produciendo fenómenos de compresión (disnea, vómitos, diarrea ó constipación). En estas condiciones puede romperse, produciendo una peritonitis sobreaguda con descenlace fatal. Es una puerta abierta á las infecciones ascendentes por propagación; la pielo-nefrosis, la nefritis infecciosa é intersticial, forman su retaguardia. La uremia puede explotar en las hidronefrosis unilaterales si el riñón opuesto suspende su función. Cuando la lesión es bilateral, su gravedad es indiscutible y hay que intervenir inmediatamente.

TRATAMIENTO

La punción simple aspiratriz, puede ser empleada sin riesgo como tratamiento paliativo, siempre que se observen las reglas de la antisepsia y en los casos que no haya complicaciones sépticas de la bolsa reno-pielítica; pero tiene el inconveniente de ser dolorosa é ineficaz.

Martín de Ginebra, practicó la punción en un niño de dos años con hidronefrosis congénita y extrajo 600 gramos de líquido, teniendo olor de orina; á consecuencia de esta punción el niño tuvo crisis de dolores abdominales muy vivos, acompañados de vómitos. Cuando los dolores se hubieron pasado practicó la nefroctomía lumbar con pleno éxito. Martín se declara partidario de la nefrectomía,

El cateterismo ureteral, ha sido empleado con éxito por Casper, Albarrán, Nitze y entre nosotros, el doctor Texo, quien dice tener dos casos curados por este sólo medio.

Este tratamiento es eficaz en los casos de torción del uréter sin brida cicatriciales que los man-

tengan fijo en una posición viciosa; cuando hay un punto estrechado al nivel del codo de flexión; cuando cuerpos extraños obturan su conducto. En tales casos, el sondaje efectúa el enderezamiento mecánico, dilata el punto estrechado ó hace el efecto de barrido, después de lo cual la orina no es interrumpida en su curso normal hasta su evacuación completa.

Tiene el inconveniente de su técnica difícil, para los que no están formalizados con su empleo, además de necesitar un arsenal complicado; es impracticable en ciertos enfermos y en todos los niños varones; puede volverse peligroso á pesar de lavajes reiterados, en vejigas infectadas cuya purificación no es completa y por lo tanto determinar pielitis.

Pero no hay duda, que el tratamiento ideal y radical de la hidronefrosis intermitente, está entre las operaciones cruentas que van á tratar la causa misma de la afección, quitando el obstáculo que se opone al curso normal de la orina ó extirpando el riñón con su saco pielo-renal.

Estas operaciones son: la nefrectomía, la nefropexia, la nefrotomía, ya solas ó asociadas que son las que tienen mayor número de partidarios.

Siempre antes de practicar una operación, debe verificarse el valor funcional de los riñones y hacer el análisis de las orinas por separado.

La nefropexia fué practicada por la primera vez

por Guyón en el tratamiento de la hidronefrosis intermitente. Para Legueu, la nefropexia precoz, constituye unos de los mejores medios de prevenir la hidronefrosis intermitente. Cuando ella está constituída, se puede todavía, enderezando el uréter, asegurar la circulación y remediar la dilatación de la pelvis; pero cuando el riñón está totalmente destruído, la nefrectomía se impone. Da la preferencia á la nefrectomía abdominal, todas las veces que el volumen de la hidronefrosis indica la decadencia del riñón. Al contrario para la hidronefrosis de mediano volumen, hay ventaja en pasar por la vía lumbar; la exploración del riñón y del uréter, es más fácil por esta vía y si es posible de conservarlo, la fijación podrá todavía ser tentada.

Albarrán dice que curan por la simple nefrorrafia y aun cuando la bolsa sea voluminosa, no es necesario en todos los casos extirpar el riñón, cuyos servicios no hay que despreciar; se puede hacer una simple nefrotomía y esperar. Cita el caso de una mujer operada de una uropio-nefrosis izquierda, practicó la nefrotomía que dejó después una fístula lumbar. Diez días después con ayuda del cistoscopio introdujo una sonda ureteral hasta la pelvis renal; recogió de esta forma la orina de los dos riñones y pudo comprobar que la mitad de las sales se producían en el riñón enfermo y que los medicamentos se eliminaban perfectamente.

Tuffier hasta el año 1894 había practicado la nefropexia en nueve casos de hidronefrosis intermitente y obtuvo nueve éxitos completos.

El ciento por ciento.

La nefrectomia por hidronefrosis es relativamente poco grave; el riñón congénere, está desde largo tiempo habituado á un funcionamiento compensador, y la lesión siendo puramente local y unilateral, no hay porque temer una repercución sobre el otro lado.

Las operaciones parciales, económicas, que son una adquisición reciente de la cirugía renal, están de moda y los progresos de la fisiología patológica las han legitimado. Hemos visto por su estudio hecho en las páginas anteriores, que la cáscara renal resultante del trabajo destructivo, llevado durante años, en viejas hidronefrosis, conservaba todavía potencia excretora suficiente para las sales y líquido cuyo conjunto forman la orina y es necesario por lo tanto respetarla. Las intervenciones parciales tienen por fin conservar la bolsa pielo-renal, suprimiendo el agente de la obstrucción. La ureterectomía parcial, la uretero-pielo-neostomía, y el capitonaje de la bolsa, llenan esta necesidad.

La ureterectomía parcial, está indicada cuando el uréter se encuentra estrechado en un punto, siendo ésta la sola causa de la hidronefrosis. Fué practicada por primera vez por Finger, quien resecaba

la parte estrechada, uniendo los dos cabos por anastomosis término-terminal. Legueu al hablar de estas intervenciones, se muestra entusiasta partidario de ellas, pero prefiere las anastomosis latero-laterales ó las implantaciones término-laterales.

La urétero-pielo-neostomía muy indicada en las hidronefrosis parciales cuando las causas son como en dos casos relatados por Bazy, por uréter naciendo de la parte superior de la pelvis renal y cuando la lesión no muy avanzada, ha conservado mucho parénquima renal sano. *Peyrot*, *Bazy* y *Delbet* han practicado varias veces estas operaciones y han constatado que el enfermo se desembaraza de sus dolores y del tumor que antes existía. *Delbet* gran defensor de esta intervención, dice de ella: «Cuando esta operación practicada en un enfermo, deja algo que desear, es porque no ha sido correctamente hecha».

La sección del vaso anormal entre dos ligaduras en los casos de vaso anormal como única causa, con lesiones recientes y que la hidronefrosis data de poco tiempo, ha dado resultado. Cuando la ptosis renal es antigua y que existe un codo ureteral sobre un vaso, á la sección de éste debe seguir la nefropexia.

———

OBSERVACIÓN

Hospital «Teodoro Alvarez». — Sala 7. — Servicio del doctor Nicolá Lozano.

Carlos B., argentino, de 16 años, lustrador de muebles. Ingresa al servicio el 8 de junio de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Los padres viven, sanos, fueron siete hermanos, tres fallecieron siendo chicos, los otros son sanos y robustos.

Antecedentes personales.—Cuenta el padre, que cuando nació, tenía el vientre muy grande, abovedado, sobre todo en el flanco derecho; cuando principió á caminar, que no lo hizo hasta el año; lo hacía echando el cuerpo hacia atrás, y se colocaba el puño en la región renal, como comprimiendo algo que caía hacia atrás; que caminando se sintía un ruido de *glu-glu*, como de líquido encerrado en una cavidad. Ha tenido sarampión.

Enfermedad actual—Sus recuerdos sobre la afección, se remontan á poco más ó menos, cuatro años, dice que cuando toma vino en exceso ó come carne

de cerdo le dan dolores de vientre, con diarreas y vómitos y poco á poco se le hincha el vientre dándole dolores como pinchazos localizados debajo del reborde costal, estos dolores le duran tres ó cuatro días, término en el cual la hinchazón evoluciona en su crecimiento, después desaparecen los dolores, ya el tumor en su apogeo. La orina, que durante el crecimiento del tumor era clara, se obscurece, (color borra de vino), y el tumor va disminuyendo de volumen hasta desaparecer por completo, todo sin molestarle, que este estado de cosas le sicuden periódicamente cada tres ó cuatro meses.

Las deposiciones son blandas; sin tumor, ellas adquieren una consistencia pastosa, normal; su apetito es conservado. Voluntariamente él se priva de vinos y de comidas grasosas, porque les teme.

Estado actual.—Sujeto bien desarrollado, musculoso, buen esqueleto, regular panículo adiposo, piel lisa, elástica, tiene una erupción acnéica en el dorso.

Pulmones.—Tipo respiratorio á predominio torácico, vibraciones torácicas normales; á la percución sonido claro, auscultando, murmullo vesicular.

Corazón.—Choque de la punta no se ve, se palpa en el 4º espacio intercostal, medio través de dedo de la línea mamilar, los tonos en los cuatro focos de auscultación, normales.

Abdomen.—A la inspección llama la atención un enorme tumor que levanta el epigastrio y el hipo-

condrio derecho, que se desliza debajo la piel con los movimientos respiratorios que parece hacer cuerpo con el hígado y se continúa hacia abajo hasta la línea biespinosa; por detrás se continúa con el flanco y región lumbar. Palpando el tumor es liso, renitente, no doloroso, su matitez confundida con la matitez hepática, llega hasta la altura del tercer espacio intercostal; hacia la izquierda, hasta una línea vertical, equidistante de las líneas esternal y mamilar. El espacio timpánico de Trauve, se extiende mucho hacia la izquierda.

El estado del enfermo es muy bueno, no tiene temperatura, y dice no haberla tenido nunca. Tiene apetito, sus deposiciones son blandas y amarillentas una ó dos por día. Orina en gran cantidad, en las últimas 24 horas 2.800 gramos; orinas muy saguinolentas, color borra de vino.

13 de junio.—Se le saca una radiografía, el tumor en su apogeo, que no enseña nada. El enfermo dice que caminando el tumor se le desaparece.

Se le mantiene levantado, y la cantidad de orina eliminada en las 24 horas se hace mayor (3.100 gramos), y siempre sanguinolentas; después de un día el tumor no parece haber disminuído, pero está menos tenso.

17 de junio.—El tumor está enormemente disminuído, se le saca otra radiografía también sin resultado positivo (en el consultorio del doctor Carelli).

A esta altura, el tumor todavía se siente y pelotea; las orinas son todavía sanguinolentas, pero más claras.

Los análisis de orina, arrojan gran cantidad de glóbulos rojos y blancos, hemoglobina, albúmina, no hay cilindros, ni células renales.

La cantidad de orina oscila entre 2.500 y 3.000 gramos; orina cuatro veces al día; la primera de la mañana es abundantísima. Habiéndole pedido una vez que orinara, contestó que podía hacerlo pero que no tenía necesidad imperiosa y evacuó su vejiga, 1.200 gramos. No tiene dolores vesicales.

22 de junio.—No se encuentra el tumor á la palpación más minuciosa; percutiendo el hígado la pared abdominal presenta movimientos ondulatorios.

28 de junio.—Paredes abdominales sumamente flácidas, no se palpa el tumor ni el riñón. Se va de alta.

JUSTO P. NUÑEZ.

———

Buenos Aires, agosto 2 de 1909.

Nómbrase al señor consejero doctor J. Z. Arce, al profesor titular doctor Pedro Benedit y al profesor suplente doctor B. Maraini, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, agosto 17 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2067 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Técnica de la nefrectomía.

I. Z. Arce.

II

¿Qué tratamiento está indicado para el enfermo cuya observación se publica.

Pedro Benedit.

III

Condiciones que debe llenar la operación teniendo por objeto modificar la implantación del uréter.

Maraini.

BIBLIOGRAFÍA

Charcot, Bouchard-Brissaud.—«Traité de Medicine.

J. Albarrán.—«Medicine operatoire des voies urinaires.

J. J. Durand.—Du role de vaiseaux anormaux dans la patogenie de l'hidronefrosis.

Puissigur.—Troubles gastriques de causes mecaniques au cours du Rein Movile.

A Poussón.—Precis des maladies des voies urinaïres.

Felix Guyón.—Leçons cliniques sur les affections des voies urinaïres.

Félix Legueu.—Le reins movile.

Terrier et Baudouin.—De l,hidronefrosis intermitente.—Revué de Cirugie, 1891.

Legueu.—Societé d'Anatomie de París. 1896.

Tuffier-Bazy y Legueu-Albarrán. — Anales des maladies des organes genito-urinaires, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908.

Testut.—Traité d'anatomie.

Morel et Duval.—Traité d'anatomie.