

2-2

81-1A-107

Dr. Robins

Dr. Ribera

---

Nº = 1600

---

Ca 2387 (1600)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



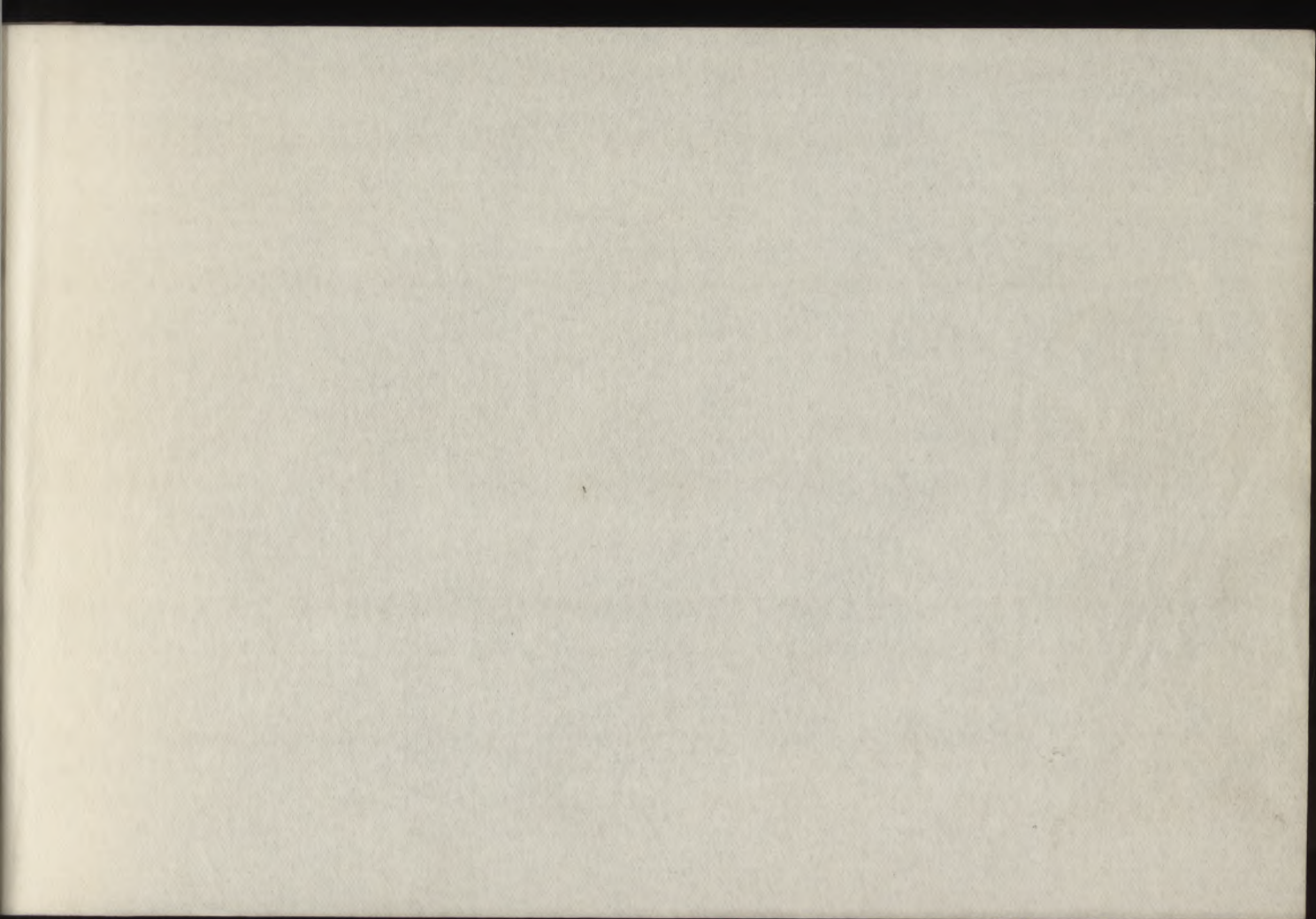
5313212940

X-53-380359-3

*Ectopia Renal*

W. S. & B. ★ REGENT LINE

MADE IN U. S. A.



Señores:

Un asunto de la importancia del presente, bien merecía ser estudiado y expuesto por una autoridad, con la riqueza de datos y juicios que naturalmente brotan de la experiencia que dá la práctica ordenada; no encontrándome en estas condiciones he procurado, dentro de un círculo muy estrecho, hacer una aplicación tan numerosa como me ha sido posible de la patología á la clínica, su resultado ha sido el modesto trabajo que me honro en presentaros.

La ectopia renal, que con tanta frecuencia se padece y que tantas veces pasa desapercibida, sencillamente porque no se piensa en ella, ha sido el objeto de estas líneas, quizás su mérito se reduzca á llamar la atención sobre este padecimiento.

Situado el riñón en la región sub-diafragmática del tronco á los lados de la columna vertebral, su extremidad superior se encuentra á nivel de la undécima costilla y la inferior llega hasta la apófisis transversa de la tercera vértebra lumbar en el lado izquierdo, en el derecho baja algo más. Las extremidades inferiores se encuentran separadas de la espina dorsal un centímetro más que las superiores.

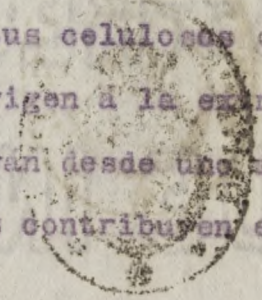
Por delante se relaciona, mediante la atmósfera grasosa que le rodea, con el peritoneo que cubre su cara anterior sin establecer adherencias con ella ; en el lado derecho con el colon ascendente que queda por fuera, hígado y duodeno; en el lado izquierdo con el colon descendente, bazo y asas del yeyuno . La cara posterior está cubierta por las dos últimas

3

costillas, músculos cuadrado lumbar y psoas, es algo interna, mientras que la cara anterior mira algo hacia fuera, disposición que explica la relación más directa en que se encuentra con las dos últimas costillas el borde convexo del riñón. Los bordes internos, puertas de paso de los nervios, vasos sanguíneos y linfáticos y conductos excretorios, tienen conexiones con la vena cava inferior, duodeno y pancreas en el lado derecho y la aorta y cola del pancreas en el izquierdo. La existencia de un ligamento resistente descrito por Henle, que desde las apófisis transversas de las dos primeras vértebras lumbares se dirige hacia arriba y afuera insertándose en las costillas undécima y duodécima y ocupando el seno costo vertebral, impide que en el estado fisiológico llegue a palparse el riñón cuando se intenta alcanzarle introduciendo los dedos

por debajo de la última costilla.

Se encuentra el riñón sostenido en el lugar que normalmente ocupa por diferentes medios ninguno de los cuales ofrece la resistencia que se observa en los ligamentos de sostén de otras vísceras. Estos medios de fijeza son 1°- el peritoneo que se desliza por su superficie anterior, dentro de ciertos límites, mas allá de los cuales la serosa sigue los movimientos que se imprimen al riñón, plegándose cuando son extensos 2°- las adherencias con la cápsula supra-renal, débiles siempre disminuyen con la edad, son debidas á tractus celulosos que desde la cara inferior de la cápsula se dirigen á la extremidad superior del riñón, y á los vasos que van desde uno á otro órgano. 3°- Diferentes vísceras abdominales contribuyen en ma-



yor ó menor grado ádar estabilidad al riñón; tales son, el 5  
hígado que cubre los dos tercios superiores del riñón derecho,  
en tanto que el bazo en la parte superior y la cola del pan-  
creas en la parte media tienden á fijar el riñón izquierdo,  
además en el lado derecho la segunda porción del duodeno con  
respecto al borde interno ejrce igual influencia y por último  
lon ángulos formados por el colon ascendente, transverso y des-  
cendente en cada lado también se opone al desplazamiento del  
riñón. 4°- El pedículo vascular es obstáculo á los grandes  
cambios de situación, pero no impide las dislocaciones hacia  
abajo y adentro. 5°- La cápsula adiposa de Haller, de cuya su-  
perficie parten tractus conjuntivos y vasculares que llegan  
al riñón y tienden á fijarle. El tejido célula adiposo consti-  
tuye mas bien que un medio de fijación, un medio de protección

y deslizamiento, está repartido desigualmente apenas si <sup>16</sup> existe  
por delante. Esta grasa en el vivo es fluida y difícil de di-  
sociar. El saco fibroso en que está contenido el riñón y <sup>esta</sup>  
grasa ó sea la fascia peri-renal, se compone de dos hojas  
de las cuales la posterior se inserta por dentro en las vér-  
tebras y discos intervertebrales, pasa por delante de los  
músculos psoas y cuadrado lumbar y á nivel del borde convexo  
del riñón se une con la hoja anterior, esta es más delgada  
que la posterior, tapiza por detrás la serosa peritoneal y <sup>este</sup>  
continúa con la hoja homóloga del lado opuesto. La vaina <sup>for-</sup>  
mada por estas dos hojas, que contiene no solamente el riñón,  
sino también la cápsula suprarenal, se inserta fuertemente  
al diafragma é inferiormente se adelgaza á medida que <sup>se</sup> <sup>en-</sup>

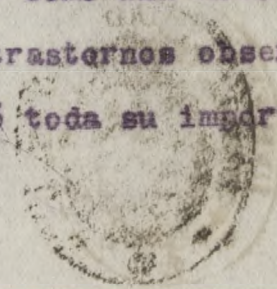
de hasta confundirse con el tejido celular de la fosa iliaca .  
Se comprende pues, que la glándula renal goce de cierta movi-  
lidad dentro de la atmósfera célula grasosa que la envuelve  
y que formando la cápsula un espacio cerrado por todas partes,  
menos por abajo y por dentro, solamente por éste lado se pue-  
da dislocar el riñón y 6°- El equilibrio intra-abdominal .  
La oclusión hermética del abdomen y la tonicidad de sus pare-  
des hace que las diferentes vísceras ejerzan entre sí una  
presión que mantiene al órgano urinario ocupando su cavidad  
normal; la sección de la capa muscular de la pared abdominal  
determina un descenso grande de los riñones, el mismo efecto  
produce la evacuación rápida de un líquido ó de un tumor solu-

8

minoso intra-abdominal.

La situación del riñón y sus relaciones con las demás vísceras abdominales hacen comprender el mecanismo por el cual este órgano abandona su sitio normal. Ya por deslizamiento, según Terrillon, en cuyo caso el órgano urinario expulsado de su lugar normal descendería en totalidad hacia dentro, delante de él se vería rechazado el peritoneo, llegando a ocupar regiones bastante alejadas de su sitio habitual; ya por anteversión, mecanismo menos frecuente invocado por Potain, basculando la extremidad superior del órgano hacia adelante, se desliza por la cara inferior del hígado, se sitúa debajo de las costillas falsas y algunas veces llega hasta tomar la posición horizontal.

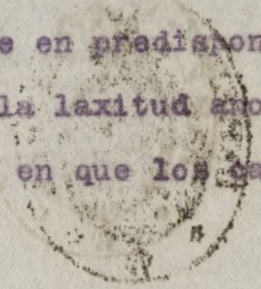
Expuestas rápidamente estas consideraciones anatómicas, convenientes para servir de fundamento á la interpretación racional de los diferentes síntomas que se presentan en la ectopia renal y llenar cumplidamente las indicaciones que ellas nos sugieran, diremos que esta enfermedad es más frecuente de lo que á primera vista pudiera creerse. Aunque incompletamente, fué ya conocida en 1581 por Francois Pedemontanus, no prestando gran atención hacia ella en tiempos más posteriores, por considerarla como curiosidad anatómica ó como una afección benigna, hasta que relacionando los graves trastornos observados con su verdadera causa se la reintegró toda su importan -



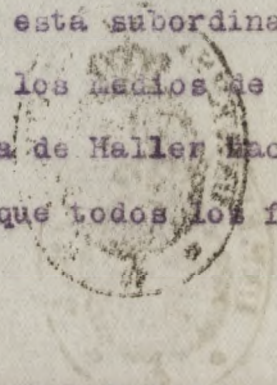
cia, hasta el punto de que Keppler llegó a proponer como tratamiento de ella la extirpación renal. Por último Hahn de Berlín idea la operación de la nefrepexia ó nefrorrafia, que inmovilizando el riñón á una altura conveniente, suprime los fenómenos provocados en sus movimientos anormales y al mismo tiempo no sacrifica tan importante órgano de la economía.

### III

Esta enfermedad, propia de la edad adulta, se observa entre los veinte y cuarenta años é influyen sobre su presentación numerosas causas, que pueden clasificarse en predisponentes y ocasionales. Entre las primeras figura la laxitud anormal de los tejidos, patrimonio de los sujetos en que los cam-



bios nutritivos se realizan perezosamente, constituyendo el grupo de enfermos llamado neure artrítico y en efecto en estos enfermos de arbol circulatorio mal desarrollado, en que la excreción renal es insuficiente, fáciles las toxinemias, que no toleran bien el tabaco, el alcohol, la alimentación azoada abundante, en los que el engorde se verifica con facilidad y fácilmente también se produce en ellos el enflaquecimiento, es en los que se observa generalmente esta enfermedad, coincidiendo con otras causas cuya importancia le está subordinada; si añadimos á esto la fijeza poco sólida de los medios de sostén del riñón y la abertura de la cápsula de Haller hacia abajo y adentro deduciremos sin dificultad que todos los fac-



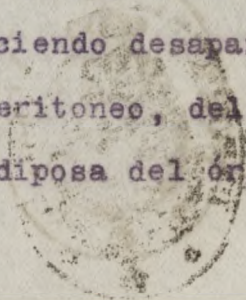
teros que directa ó indirectamente acentuen estas condiciones favorecerán la caída del riñón. En la mujer ha de ser más frecuente que en el sexo masculino, toda vez que periódicamente el órgano renal sufre congestiones que aumentan su peso en la época de la menstruación, que los embarazos repetidos se acompañan con frecuencia de distrofias que producen la relajación de las paredes abdominales introduciendo perturbaciones notables en la estática intra-abdominal. Además, la fosa renal es mas ancha y menos profunda en la mujer que en el hombre, el descenso del útero y el prolapso de la vagina determinan la ptosis de los intestinos, así como la flacidez de las paredes abdominales, de donde resulta que en la estación vertical,



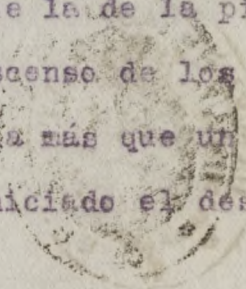
13

se ejerce una tracción sobre los ureteres y el peritoneo peri-renal (Landeau cita 40 hombres en 300 mujeres; Lancereaux en 64 casos 55 eran mujeres y 9 hombres; Ebstein 82 mujeres y 14 hombres; Guyon 27 id. y 3 id; Furbringer dice que es de 6 á 8 veces más frecuente en la mujer que en el hombre.) Merece citarse por último, como ingeniosa, aunque todavía no esté suficientemente comprobada por la clínica, la opinión de Paul Delbet quién fundándose en la ley de Patología Gral., que la infección atenuada del tejido conjuntivo puede provocar la fusión de la grasa disminuyendo la resistencia de los tejidos, hecho demostrado por Stokes para los músculos, supone al riñón móvil consecutivo á una infección atenuada de origen ureterino

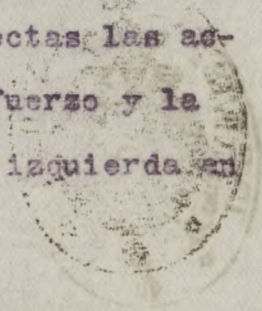
rino. De la vagina y cuello del útero la infección se extiende ya por el ureter y el riñón , ya por el tejido celular sub-peritoneal á la atmósfera peri-renal en donde se produciria un edema semejante en todo al que se observa en el parametrico causado por las metritis y este edema seria el que fundiendo la grasa y disociando los tractus conjuntivos que fijan al riñón determinarían su descenso. El uso del corsé apretado en exceso, también se indica como causa en el sexo femenino. Además actúan sobre el sexo femenino las demás causas comunes á ambos sexos. Los adelgazamientos rápidos, haciendo desaparecer la grasa de las paredes abdominales, del peritoneo, del epiploon, así como la de la atmósfera celulo adiposa del órga-



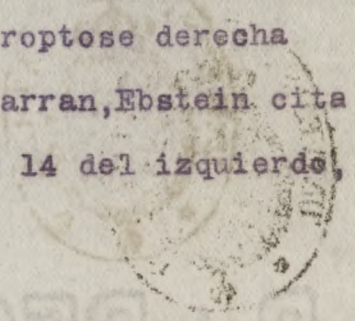
no urinario producen el descenso de este por la acción de la gravedad el mismo efecto determina el cambio brusco de volumen y tensión abdominal efectuado en la extirpación de tumores voluminosos ó con la evacuación de las grandes ascitis, haciendo cesar súbitamente la presión que se ejercía durante largo tiempo sobre las vísceras intra-abdominales. La enteroptose designada por Glenard en la patogenia de la ectopia renal es un estado general de relajación de los músculos abdominales con modificación de su elasticidad, lo mismo que la de la piel fascias, y peritoneo, por esta causa hay un descenso de los órganos abdominales; la caída del riñón no sería más que un hecho particular de esta enfermedad general. Iniciado el des-



censo se convierten en factores coadyuvantes distintos mecanismos que antes eran indiferentes, por ej. Los movimientos respiratorios, los esfuerzos de la defecación, los realizados á levantar pesos, las contracciones de la pared abdominal, la presión intratorácica. Tratándose de una distrofia la luxación renal ha de ser hereditaria, llegando algunos como Albarran á considerarla como un estigma de degeneración; por último el riñón derecho la padece con más frecuencia que el izquierdo lo que se explica por su posición más declive, la presencia del hígado merced al cual son más directas las acciones de las inspiraciones profundas, en el esfuerzo y la acción del corsé. Desaguando la vena suprarenal izquierda en



la vena renal fija la cápsula suprarenal y el riñón izquierdo, la fascia retrorenal ó fascia de Zuckerkandl y la hoja de Toldt resultante de la fusión del peritoneo parietal primitivo y el mesenterio del colon, sirven de medios de fijación al riñón izquierdo, el derecho carece de ellos ó los tiene poco desarrollados. El estreñimiento es más sensible en el lado derecho que en el izquierdo y la tracción del ciego, cuyo peso aumenta por aquella causa, se ejerce directamente por las fibras del ligamento suspensorio sobre la extremidad inferior del riñón derecho. (Es más frecuente la nefroptose derecha el 85 á 90 x 100 que la izquierda, segun Albarran, Ebstein cita 91 casos de los cuales 65 son del derecho y 14 del izquierdo,



18

Furbringer admite la proporción del 90 x 100 para el riñón derecho). Entre las causas determinantes se encuentran los traumatismos (obs. I), cuya acción ha sido discutida, pues mientras unos los consideran por sí solos como suficientes para hacer que el riñón abandone, su situación normal, otros niegan que determinen tal cambio sin una predisposición anterior. La violencia del traumatismo puede causar la luxación renal, pero muchas veces son las acciones mecánicas poco energéticas pero repetidas, las que provocan la nefroptosis. Son también causa de dislocación renal las desviaciones de la columna vertebral, que deforman las fosas renales, en particular la lordosis. La ectasia gástrica según CH. Bouchard daría lugar

19

á que se produjeran en el estómago fermentaciones patológicas, cuyos productos tóxicos pasando por el hígado congestionarian esta víscera , su aumento de volumen y peso obligarian á que el riñon fuese expulsado de su sitio, por la misma razón todas las causas capaces de favorecer las congestiones hepáticas contribuyen á un resultado idéntico, finalmente el aumento de volumen del riñón tiende á determinar su descenso.

Estas causas que en muchas ocasiones son efectivas, dejan de ser aplicables á todos los casos, y es que la ectopia renal se presenta bajo dos aspectos distintos: Uno la forma simple, que ocurre en un sujeto cuya salud general no ha sufrido trastorno alguno ( obs. I) hasta entonces ej. en la luxación renal de causa traumática y en el que la caída del

riñón es toda la lesión, los trastornos dependen en este caso del modo de obrar sobre los órganos vecinos y sobre el estado general y otro aspecto es aquel en que la ptosis renal se manifiesta como el elemento de un síndrome más complejo, como un episodio de una enfermedad general en que más ó menos acentuados se presentan estos descensos en todas las visceras del abdomen

I V

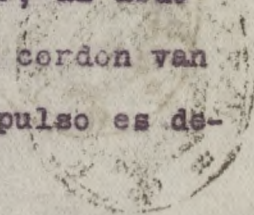
La variabilidad de los síntomas que suelen presentarse en los enfermos de riñón ectópico es muy grande; desde aquellos en que la luxación renal pasa desconocida indefinidamente, siendo la casualidad la que la delata por no originar trastor-

no alguno ni funcional ni orgánico, hasta los que sufren tan grandes incomodidades, que se prestan gustosos á la intervención quirúrgica por arriesgada que la consideren no pudiendo sobrellevar la existencia en tales condiciones. Entre los síntomas subjetivos más molestos, está el dolor, cuyos caracteres son muy diferentes según los individuos; unas veces se reduce á tracciones penosas en que el dolor localizado en el riñón y región que este ocupa es tolerable, pero otras veces constituye el síntoma dominante, que se hace insoportable obligando á los enfermos á dirigirse al médico, y que constituye la forma dolorosa. Algunas veces este dolor de la región lumbar más ó menos obtuso, es permanente, con los cambios de

posición del cuerpo, el esfuerzo la marcha etc. se exaspera y sobre todo en la mujer, coincide su recrudecimiento con la época catamenial fenómeno que se explica por la congestión que se realiza en el riñón durante dicho periodo (obs. II, III y IIII ) En muchas ocasiones, el dolor no está tan limitado por el contrario se generaliza á todo el abdomen, ( obs. I II, III, IV, ) tal vez sea mas sensible hacia el órgano en ectopia, pero irradiado en todas direcciones sufre cambios que los enfermos expresan comparandolo á una tracción ó peso doloroso. El dolor permanente que inutiliza al enfermo, no permitiéndole abandonar el lecho es poco frecuente; pero en otros casos se manifiesta por crisis ( obs. I, II , III) en el inter

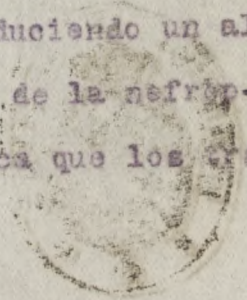
REGENT LIBRARY

medio de las cuales, los enfermos experimentan poca ó ninguna molestia; además del que suelen presentarse durante la menstruación citada anteriormente y del de la hidronefrosis intermitente, afección tan común en los enfermos de riñón ectópico, existen otras que por sus caracteres y marcha se asemejan mucho al cólico nefrítico calculoso. Algunas veces los paroxismos dolorosos sobre vienen sin causa aparente, otras con motivo de una digestión laboriosa, de la marcha, de un esfuerzo ó durante la menstruación. El dolor intenso, hace que los enfermos adopten posiciones diversas, la palidez y ansiedad son grandes, los dolores irradiados á la región lumbar, al abdomen, á las ingles, á los muslos y en el hombre al cordón van acompañados de vómitos y cefalalgia intensa, el pulso es de-

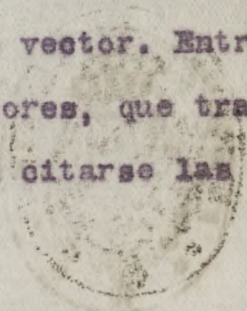


bil, la micción se hace frecuente é imperiosa pero la cantidad generalmente varia poco de la normal, más bien disminuye y pocas veces desaparece por completo debido al reflejo inhibitorio sobre el riñón indemne . El riñón puede aumentar de volumen por congestión pero despues del acceso recobra el normal . La terminación de la crisis es lenta ó brusca para volver á presentarse en una época más ó menos lejana. Es un verdadero pseudo-cólico nefrítico con toda la fisonomia del accidente litiásico franco, unicamente la orina conserva sus caracteres normales, carece de arenillas, rara vez existe hematuria sea antes sea en los dias que siguen á la crisis, datos cuya importancia puede ser decisiva, si en los anteceden

tes del enfermo no existen otros que se refieran a la expulsión de concreciones por via renal. Lo intenso de los dolores y los fenomenos reflejos que producen, han motivado el que se designe este síndrome con el nombre de estrangulación renal. La hidronefrosis intermitente, acompañada de dolor, aumento de volumen del órgano urinario, que en ocasiones hace relieve en la región lumbar, cuya fluctuación puede apreciarse muchas veces, seguida de estreñimiento por compresión sobre el intestino grueso y que concluye por la emisión de grandes cantidades de orina pálida y transparente, produciendo un alivio notable, es otra de las crisis sintomáticas de la nefropatose. Por último, es hecho de observación clínica que los tras-



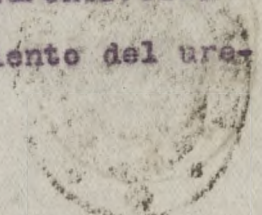
tornos dolorosos originados por un riñón flotante, no están en relación con el grado de movilidad de que goza y riñones susceptibles de amplias escursiones pueden no provocar grandes molestias, mientras que desplazamientos pequeños van acompañados de dolores intensos; se explica esto por Landau, suponiendo que en los casos de dolor tolerable el ureter goza también de una facilidad de movimientos tal, que le permite seguir en todos sus cambios de lugar, al riñón desprendido, sorteando de este modo las dificultades á la circulación urinaria, que supondría la flexión de aquel órgano vector. Entre los diferentes mecanismos indicados por los autores, que tratan de explicar los síntomas dolorosos, merecen citarse las



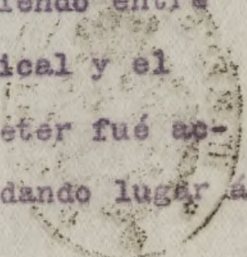
27

W U S A

tracciones y compresiones de los plexos nerviosos, el acodamiento ó torsión de los vasos sanguíneos renales que traen como consecuencia el aumento de volumen y peso del riñón estóptico, como se verifica en los casos de descenso, cuando el pedículo permanece fijo ó cuando al deslizarse el riñón ejecuta un movimiento de rotación al rededor de alguno de sus ejes, entonces las venas cuyas paredes son mas delgadas que las de las arterias son las primeras en sufrir las consecuencias de este movimiento y su resultado es la congestión renal, y por último como opinión más probable, la que tiende á demostrar que tanto las crisis dolorosas como la hidronefrosis son debidas á la torsión, compresión, ó acodamiento del ure-



ter que produciendo un obstáculo completo ó incompleto al curso normal de la orina motiva la retención renal. Para que la hidronefrosis se verifique, será necesario que la impermeabilidad del ureter dure algún tiempo, el simple entorpecimiento temporal al paso del liquido urinario no llegaría á formar dilatación detras de sí, pero causaria congestiones renales que explicarian los paroxismos dolorosos. La detención brusca de la orina hecha por Sinitzine cojiendo entre las pinzas un ureter en un caso de extrofia vesical y el citado por Albarran en que la obturación del ureter fué accidental introduciendo en la vejiga una sonda, dando lugar a



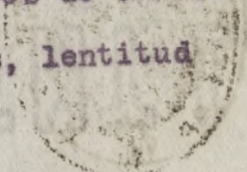
REGENT LIBRARY

29

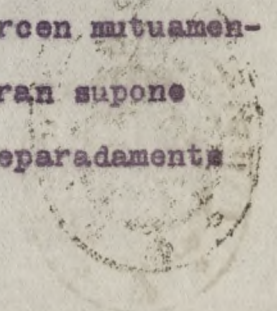
crisis dolorosas semejantes á las descritas son hechos experimentales que abogan en favor de esta teoria. Las pequeñas retenciones en el riñón móvil, le colocan en el estado de inferioridad secretoria y pueden evolucionando llegar á las grandes retenciones

#### V

Es frecuente hallar en los enfermos de riñón ectópico un estado habitual de trastornos nerviosos, del que se hace responsable al riñón y que tiene gran importancia, sobre todo para tener presente lo que ocurrirá en ellos, despues de un tratamiento operatorio. Las palpitations, cambios de caracter, con impresionabilidad exagerada, neuralgias, lentitud

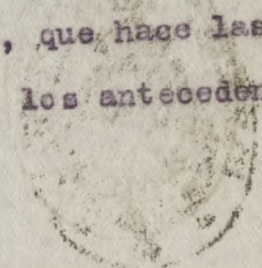


de las digestiones acompañan á veces á la movilidad renal sin que pueda pensarse en el histerismo ó la neurastenia, pues no existen los estigmas que ponen sobre la pista de estas enfermedades, pero estos fenómenos son producidos también por afecciones del útero ó de sus anejos y es de notar la frecuencia con que se presentan unidas en una misma enferma la nefroptose y las lesiones uterinas ó anexiales con un síndrome semejante al expuesto; en este caso seria facil atribuir al riñón lo que pertenecía al útero ó equivocarse en sentido opuesto. La influencia que estos órganos se ejercen mutuamente ha sido afirmada por diversos autores. Albarran supone una simple coincidencia, en que cada afección separadamente

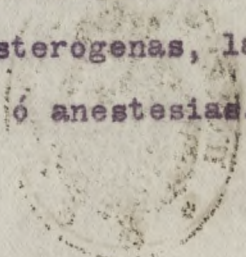


21

obraría por su cuenta sobre el sistema nervioso, aumentando la intensidad de sus manifestaciones patológicas. Los casos en que los trastornos nerviosos presentan los caracteres del histerismo y neurastenia no dejan de presentarse gran número de veces en los individuos predispuestos por herencia neuropática, ya existían antes de la aparición del riñón móvil y este no ha hecho más que exagerar la intensidad de sus perturbaciones, ó bien la luxación renal ha influido poco en ellos ó ya sin que nada anormal se hubiese observado hasta entonces, el riñón ectópico provoca el desarrollo de los accidentes nerviosos, constituyendo un traumatismo interno, que hace las veces de causa ocasional. Lo más general es que los anteceden-



tes indiquen, que son neurópatas, casi siempre mujeres que no han estado completamente bien desde la pubertad, que han sufrido incomodidades mal definidas, en que la menstruación tardó en aparecer y despues nunca fué regular, acompañada de dolores y con diversas molestias que no precisan con exactitud, pero que aumentando paulatinamente les hacen recurrir á la clínica, que descubre la existencia de un riñón ectópico, ó bien refieren claramente que padecen de cefaleas intensas, depresión intelectual y moral, ataques que datan de más ó menos tiempo y la exploración pone de manifiesto la abolición de algunos reflejos, la existencia de placas histerógenas, la estrechez del campo de la conciencia, parálisis ó anestias.



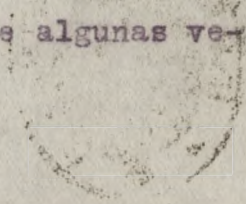
(obs. II, IV) Potain y Bychoffski admiten la posibilidad del desarrollo del histerismo como consecuencia de los cólicos hepáticos y nefríticos. Se comprende la importancia de esta opinión, por que un papel semejante se podría atribuir á las crisis dolorosas del pseudo-cólico nefrítico en la detención más ó menos rápida del curso de la orina

## VI

Los trastornos gastro intestinales acompañan á la ectopia renal en la mayor parte de los casos (obs. I, II y IV) y generalmente no son otra cosa que fenomenos concomitantes del proceso general llamado Enteroptose por Glenard, del cual la ectopia del riñón, no constituye más que un epifenomeno

pero en otros son debidos exclusivamente á la movilidad renal sin que exista enteroptose (obs. I) se presentan una serie de manifestaciones gástricas que recuerdan las de otras enfermedades que nada tienen de comun con la que estudiamos, como las crisis dolorosas acompañadas casi siempre de hiperclorhidria, atribuidas en otro tiempo á la compresión é irritación directa del estómago, segun otros á la compresión de la poción vertical del duodeno y á la dilatación consecutiva del estómago, consideradas hoy como trastornos de origen nervioso. El estrañimiento habitual, el abombamiento del vientre, la pesadez en la región epigástrica, las digestiones laboriosas acompañan á este estado. Las náuseas y vómitos suelen ir unida

das á las crisis dolorosas, pero algunas veces la intolerancia gastrica existe fuera de las crisis ó estas son provocadas por la ingestión de alimentos, aún siendo líquidos y entonces el sostenimiento de el enfermo, se constituye en problema serio por la influencia que se realiza sobre la nutrición general como consecuencia inmediata de la falta de asimilación. La cloro anemia tendria el mismo origen. La dilatación de estómago más bien que por la compresión del duodeno seria causada por una atonia refleja ( Verhoogen y Godard). Los trastornos mecánicos debidos á las migraciones del riñón y su acción sobre los demás órganos no se presentan con frecuencia. La ictericia y la litiasis biliar, que algunas ve-



ces se observan, se atribuyen á la compresión del colédoco, pero quizá se trate de una ictericia por contractura espasmódica refleja de las vías biliares (Le Dentu) Hale White y Albarran citan cada uno un caso, en que han visto desarrollarse la ictericia á consecuencia de la nefroptose, desapareciendo con ella y por último la compresión del intestino puede dar lugar á trastornos de obstrucción. Como excepcionales se pueden citar los accidentes urémicos y la obliteración de la vena cava inferior. Segun el síndrome dominante, se han considerado tres formas clínicas de riñón ectopico: las formas dolorosa, dispepsica y neurasténica, pero todas ellas se han de considerar como métodos expositivos más bien que como

izquierda, coincidiendo con

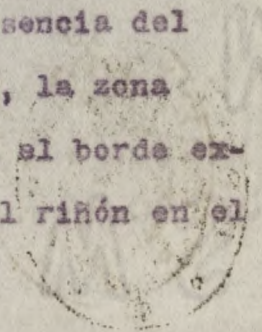
lado derecho de la

realidades prácticas, pues en la clínica se vé que sus síntomas no se excluyen unos á otros y que la pureza de forma no existe

VII

El examen objetivo suministra los mejores signos para reconocer el riñón flotante, su comprobación exacta permite hacer un diagnóstico decisivo. Aunque la simple inspección nos ofrezca á veces particularidades cuyo valor sea relativo, no es de despreciar, pues solo por examen visual se observa en ciertas ectopias renales un abombamiento de la pared abdominal, á la derecha de la línea media, rarísimas veces á la izquierda, coincidiendo con una exageración de la depresión lumbar derecha (Le Dentu). En este caso nos inclinaremos al

verdadero diagnostico, aunque haya necesidad de completar este examen con otros signos para llegar á la certidumbre. La percusión como procedimiento exploratorio ofrece poco interés, pues la situación profunda del riñón y la presencia de los demás órganos que le rodean hacen que esta exploración inspire poca confianza; sin embargo conviene tener presente que cuando se percute la pared anterior del abdomen, si el tumor que se explora es renal, se obtiene cierta sonoridad más perceptible en el lado izquierdo que en el derecho por la presencia del hígado. Le Dentu cree, que sobre la región lumbar, la zona sonora puede suceder más pronto á la zona mate en el borde externo de la masa sacro-lumbar, cuando no existe el riñón en el

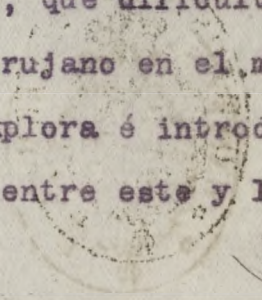


sitio explorado. La palpación será siempre el procedimiento exploratorio de elección y el que se utiliza en todos los casos para la investigación del riñón ectópico. Para los efectos de la clínica se puede decir que normalmente el riñón no es accesible al tacto y por lo tanto que cuando llega á tocarse está aumentado de volumen ó no ocupa su sitio normal. La palpación, que debe ser bimanual, permite en determinadas circunstancias hacerse cargo de la oposición, volumen; consistencia, lisura de la superficie y hasta de la forma del riñón pero además nos pone de manifiesto, como dato de valor para nuestro objeto, su movilidad espontanea ó provocada por la mano exploradora. Si se quiere determinar el grado de sensibilidad

40

los dedos por debajo de la costilla; la otra mano colocada por su cara palmar y con los dedos dirigidos hacia arriba en el borde externo del músculo recto del abdomen deprime suavemente la pared abdominal anterior y trata de aproximarse á la mano opuesta en los movimientos expiratorios. La mane situada posteriormente es la que por lo general provoca el dolor. En un sujeto sano este proceder no descubre nada, pero si llega á percibirse una sensación de resistencia y sobre todo si la sensación es de un cuerpo redondeado fijo ó movible puede deducirse que se trata de un riñón anormal. Algunas veces la resistencia de las paredes abdominales es tan grande que la exploración ofrece serias dificultades, en estos casos

puede hacerse uso de la cloroformización. Tres métodos especiales se siguen en la exploración del riñón por palpación á saber: El de Guyon, el de Glenard y el de Israel. - Procedimiento de Guyon. - Se coloca al enfermo en decúbito dorsal con la cabeza ligeramente levantada y las piernas extendidas, pues la flexión de los muslos, comunmente aconsejada, presenta segun Guyon el inconveniente de poner los miembros en estado de vigilancia muscular y de determinar por este hecho contracciones sinérgicas de los músculos del tronco, que dificulta las maniobras del explorador. Se situa el cirujano en el mismo lado á que corresponde el riñón que se explora é introduce la mano más próxima á la cabeza del enfermo entre este y la

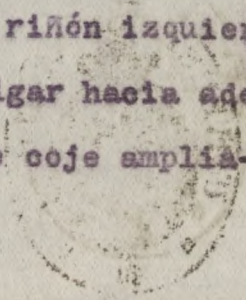


43

cama y se orienta tocando las apófisis espinosas de las primeras vértebras lumbares y la última costilla, una vez determinado el ángulo costo vertebral, insinua uno ó dos dedos en él y el resto de la mano queda ocupando la región costo iliaca. La mano que todavía no se ha utilizado, se coloca por delante enfrente de la primera á la que tiende á aproximarse durante los movimientos de expiración, avanzando por impulsos sucesivos hasta llegar al riñón que queda entre las dos manos. El procedimiento conocido con el nombre de peloteo renal de Guyon consiste en colocarse el enfermo y el cirujano en la misma posición que anteriormente é imprimir con la mano situada en la región costo-iliaca una serie de sacudidas, que si el riñón

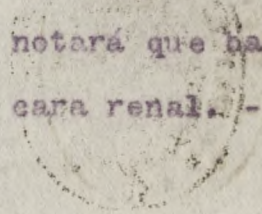
no tiene el volumen normal ó está fuera de su sitio, puede percibir la mano situada por delante, cuando el riñón es rechazado por aquellos movimientos. Esta exploración nos suministra en ocasiones preciosos datos sobre la movilidad, volumen y sensibilidad de la glándula renal. No constituye un signo patognomónico del riñón móvil, pues se citan casos como los siguientes en que se podía apreciar peloteo y se trataba de otros órganos: han notado peloteo renal, en un quiste del pancreas (Hartmann) en el hígado móvil (Genouville, Albarran) ~~pancreas~~ en los focos enquistados de la peritonitis tuberculosa (Sachs) en el caso de adherencias del colon y del mesenterio con el

hígado (Le Dentu) en la apendicitis (Reclus) en el carcinoma del hígado y en la distensión de la vesícula biliar (Broca, le Dentu) y en el cancer del yuyuno (Albarran) á pesar de estos hechos que solo se fijan como excepcionales, el peloteo es un buen método exploratorio, que se utiliza frecuentemente y que permite diagnosticar, como refiere le Dentu hasta una tuberculosis renal en su principio. - Procedimiento de Glenard.- Para la exploración del riñón ectópico hace uso Glenard del método siguiente. Sirviendose de la mano izquierda para el riñón derecho y recíprocamente si se trata del riñón izquierdo forma un arco contractil dirigiendo el dedo pulgar hacia adelante y los demás dedos hacia atrás, con el que coje amplia-



mente las partes blandas situadas inmediatamente por debajo del reborde costal, este arco se convierte en anillo completándose por la parte interna y atrás por la columna vertebral y anteriormente por la mano libre, que situada por delante y en la prolongación del pulgar que palpa deprime la pared abdominal. El papel más importante le realiza el pulgar de la mano que forma el arco pues cuando el riñón descendido por una fuerte inspiración llega ó pasa del anillo, la constricción ejercida por todos sus elementos contractiles hace que dicho dedo pulgar obtenga una sensación de cuerpo duro, profundo que se escapa hacia arriba, como una pepita de cereza arrojada de su fruto por presión ejercida entre los dedos. En este

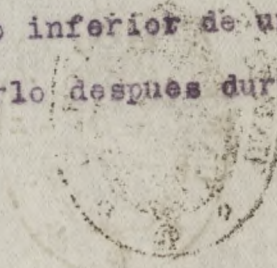
movimiento de constricción, el dedo medio de la misma mano palpadora es el que despues del pulgar, desempeña el papel más importante. La mano que primero quedó libre, impide que el riñón se desvie hacia la linea media y salga de la esfera de acción del arco constrictor. Cuando su movilidad lo permite el riñón puede situarse en la parte inferior del anillo y entonces disminuyendo este sus diámetros retenerle, si poco á poco la presión se va haciendo menos enérgica, llegará un momento en que siendo el anillo suficientemente amplio, el riñón ascenderá para ocupar la región superior en que se encontraba anteriormente y el pulgar palpador notará que bajo él se desliza la superficie completa de una cara renal. -



- Procedimiento de Israel.- Israel fúndandose en el dato anatómico de que la vertical que pasa por el punto medio del arco prural encuentra al riñón á dos traveses de dedo por debajo del reborde costal instituyó el proceder que lleva su nombre y aunque todos no podamos tocar, como lo hace el autor, el riñón no hipertrofiado y no desprendido, es un procedimiento del cual se pueden obtener datos importantes en los casos de ectopia renal. El enfermo ha de colocarse en decúbito lateral sobre el lado sano, con los miembros inferiores en ligera flexión, la boca abierta y respirando con entera libertad á fin de obtener una franca relajación de los músculos abdominales y que el riñón que se explora descienda por su propio peso

249  
hacia dentro. Supongamos que sea el riñón derecho el que se trata de examinar, el cirujano vuelto de cara hacia la cabeza de su enfermo se coloca en el lado izquierdo del mismo, pone la mano izquierda aplicada por su cara palmar en la región lumbar derecha y la mano derecha sobre la pared abdominal lateral anterior, haciendo que las extremidades de los dedos índice y medio se situen á dos traveses de dedo por debajo de la unión del noveno y décimo cartílagos costales. Así dispuesto y en el momento en que se inicia la expiración, los dedos situados en la parte anterior hacen suaves movimientos de flexión á fin de vencer la resistencia de las paredes abdominales é insinuarse lentamente llegando á tocar el riñón, cuan-

do finaliza la inspiración, es decir cuando aquel órgano ha sufrido el máximum de descenso. La educación del tacto empleando este método puede alcanzar un grado de perfeccionamiento tal que permita estudiar con claridad todos los cambios que presente la superficie del riñón, aprovechando sus movimientos de ascenso y de descenso y hasta introducir la extremidad del dedo entre el riñón y el hígado ó bazo, evitando así la confusión posible de estos órganos pues queda por delante del dedo explorador el riñón y por detrás el hígado ó el bazo según el lado en que se actúe. Israel pudo diagnosticar un tumor del tamaño de una cereza situado en el polo inferior de un riñón, sirviéndose de su método y comprobarlo después durante



51

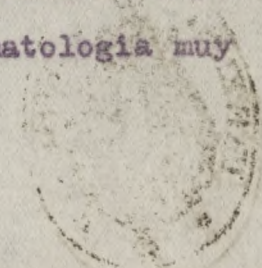
la operación . Aunque estos procedimientos sean todos recomendables, es de aconsejar el empleo de unos y otros en el mismo enfermo para que se sirvan mutuamente de comprobación, pues ocurre á veces que el riñón es accesible por un método y al comprobarle por otro no se percibe bien ó deja de notarse por completo y es que existe una variabilidad grande en cuanto á las diversas posiciones que puede tomar el riñón ectópico.

Newmann admite tres grados de ectopia renal: Riñones dislocados pero que no son móviles, riñones móviles y riñones flotantes expresiones que indican el grado del desplazamiento renal. Cuando se palpa bien el riñón dá la sensación de un tumor redondeado, reniforme de superficie lisa, resistente, de volu-

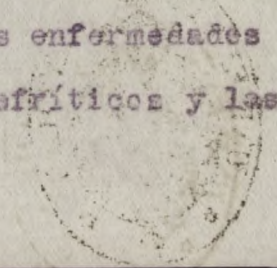
men mayor del que realmente tiene, ordinariamente el enfermo <sup>12</sup>  
acusa una impresión dolorosa en el momento del contacto y por  
último escapa bajo la mano que explora hacia la región lumbar,  
es decir que presenta como caracter principal el de ser reduc-  
tible; pero si se han establecido adherencias entre el riñón  
y las partes vecinas, despues de abandonar su lugar normal,  
desaparece la movilidad fijándose en una posición anómala y  
las dificultades para el diagnóstico pueden por esta causa,  
aumentar en alto grado.

### VIII

Los pequeños descensos renales poco accesibles á la pal-  
pación son de diagnóstico difícil por la sintomatología muy



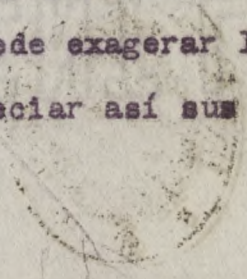
variada á que puede dar lugar y porque no es facil darse cuenta directamente de su movilidad, pero la palpación aplicada en diversas posiciones del enfermo y segun los distintos métodos ya enumerados, hará que en la mayor parte de los casos, se toque un tumor con alguno de los caracteres que hemos asignado al riñón y la apreciación de los signos objetivos será el guia seguro que nos conduzca al diagnostico verdadero, en medio de la gran variabilidad de síntomas funcionales, que pueden confundirse con los que son debidos á otros estados patológicos distintos del riñón movable como son los que se observan en el histerismo y la neurastenia, algunas enfermedades del tubo digestivo, los cólicos hepáticos y nefríticos y las



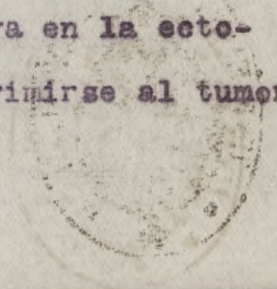
afecciones dolorosas de los órganos generadores de la mujer, pero dado el caso que se haya llegado á palpar un tumor abdominal, se plantea el problema de reconocer en el al riñón, podría tratarse de un tumor del ovario, del mesenterio, del hígado ó del bazo, de una distensión de la vesícula biliar, de un tumor del pancreas; desde luego que sus caracteres físicos serán de importancia suma, pero para poder emitir un juicio diagnóstico libre de reservas, dos datos tendremos presentes, la posibilidad ó imposibilidad de la reducción completa del tumor y la investigación en su sitio normal del riñón correspondiente, para lo que puede utilizarse la fonendoscopia de Bianchi. Se procura colocar el fonendoscopio en el punto me-

dio de la región, sosteniéndole con la mano izquierda y con un dedo de la mano derecha ó con un objeto poco punzante se va rozando, la piel en forma de líneas paralelas, que se traan al principio cerca del punto de aplicación del aparato, separandose cada vez más, hasta que los roces que se oían perfectamente por suaves que fuesen, se hacen menos intensos y más graves en cuanto salen del area del órgano explorado.

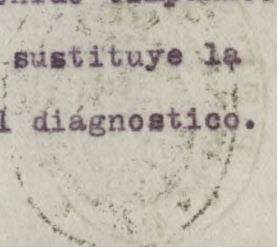
De los lóbulos flotantes del hígado se distingue por que no es posible limitar bien sus extremidades superiores, la macidez se continua sin cambio alguno con la macidez hepática, en el caso de tratarse de un riñón flotante se puede exagerar la movilidad enpujando al riñón hacia abajo y apreciar así sus



caracteres. Le Dentu cita un caso de coincidencia de riñón ectópico y un quiste hidatídico pediculado de la cara inferior del hígado, la persistencia de una zona de sonoridad entre los dos tumores, hizo posible el diagnostico además de que el sonido claro se conserva delante del riñón ectópico y el mate delante de los tumores hepáticos. Cuando se trate de un quiste pediculado del ovario, aunque goce de gran movilidad no será reductible y la exploración renal acusará la existencia del riñón, pudiendo recurrirse en último término a la función exploradora. Los tumores del mesenterio tienen a veces una sintomatología muy semejante a la que se observa en la ectopia renal, pero los movimientos que pueden imprimirse al tumor



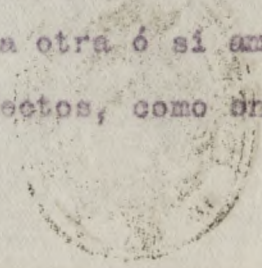
son más fáciles y extensos lateral que verticalmente y la reducción completa jamás puede obtenerse. Los tumores del bazo suelen ser superficiales y estar pegados á la pared toraco abdominal y tratándose del desprendimiento del órgano, el bazo se hace superficial y fácilmente accesible al tacto notándose su borde cortante inferior que le distingue del riñón; la ectopia renal izquierda es mucho más rara que la derecha. Las contracciones irregulares de porciones circunscritas de intestino acompañadas de dolor ó aquellas en que se localiza el meteorismo producen tumor lumbar, pero el sonido tímpanico y su desaparición con una presión moderada que sustituye la tonicidad de las paredes abdominales aclaran el diagnóstico.



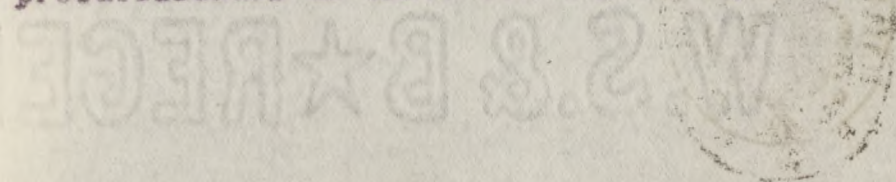
De la vesícula biliar en distensión se distingue por su poca movilidad, la macidez se continua con la del hígado y además no es reductible. Los tumores del pancreas son sumamente raros, no se pueden reducir y el riñón ocupando su sitio habitual concluirá el diagnóstico. Hay una porción de estados en que coincidiendo con un riñón en ectopia se presentan algunas enfermedades cuyos síntomas son análogos á los que se observan en aquel, difícil es asignar cuando esto sucede, la parte que cada enfermedad toma en su producción ó si todos aquellos síntomas están bajo la dependencia de un solo trastorno morboso. Esto es lo que ocurre principalmente en las mujeres que sufren de lesiones uterinas ó anexiales, en que

tan frecuentemente van unidas ambos estados. Como ya vimos al tratar de la etiología P. Delbet opinaba que el riñón móvil podía ser de origen uterino, por el contrario Thiriar hace jugar un papel importante a) la ptosis renal como factor de las diversas enfermedades de los órganos utero ováricos, cita el artículo del Diccionario Enciclopédico en que Lanceaux observa que la mayor parte de las enfermas que ha encontrado atacadas de desplazamiento renal, presentaban signos de una ovaritis más ó menos antigua y asegura que si no se citan más casos es, porque la idea de riñón flotante no se presenta a la imaginación de muchos médicos al reconocer a sus enfermas y se apoya también en su experiencia propia, según la cual

fijado el riñón orthopédica ó quirúrgicamente en varias ocasiones ha obtenido la desaparición de las molestias uteró anexiales, mientras que estas han resistido á todo tratamiento, en aquellos casos que no fueron precedidos de fijación renal. Los trastornos nerviosos y la congestión que sobre el aparato sexual ejercería el riñón en ectopia serian los elementos responsables del estado morbozo de aquel aparato, provocando un aumento de la virulencia de los gérmenes patógenos ya existentes ó disminuyendo las defensas que en el estado normal opone todo órgano á dejarse invadir por los agentes infecciosos. Dificil será saber que causa influye sobre la otra ó si ambas existen al mismo tiempo sobreponiendo sus efectos, como en el



diagnóstico ha de figurar este dato, por lo mucho que puede <sup>61</sup>  
influir en el tratamiento, cada caso deberá resolverse atendien-  
dose á la interpretación razonada que brote de los hechos ob-  
servados. Algo semejante puede decirse de los trastornos ner-  
viosos de los individuos neuropatas exexistiendo con un riñón  
flotante, porque despues de un tratamiento quirurgico los  
fenómenos nerviosos pueden persistir, aunque desaparezcan los  
demás accidentes concomitantes. Por último sera necesario  
antes de toda intervención, que se tenga en cuenta el sujeto  
que padece si la ectopia se presenta en individuos cuyo estado  
general ha sido satisfactorio, en que la causa fué un traumatis-  
mo, las probabilidades de éxito serán grandes; si por el



62

contrario se encuentran signos de una debilidad pronunciada de los tejidos, si al riñón ectópico acompañan otros descendos viscerales, si los antecedentes son de neurepatia, las esperanzas del resultado serán menos lisonjeras. Sobre la recta apreciación de estas condiciones se pasará el pronóstico.

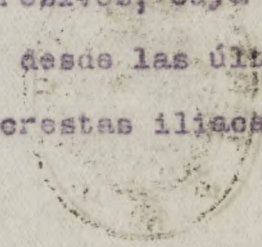
#### IX

Los procedimientos se siguen hoy para el tratamiento del riñón móvil, cuya aplicación ha sido objeto de toda clase de opiniones, que son el orthopédico y el quirúrgico, cada uno de los cuales tiene sus indicaciones especiales fundadas en la Patogenia y en la experiencia. El primero ó paliativo consiste en general en el empleo de un aparato contentivo, se pon-

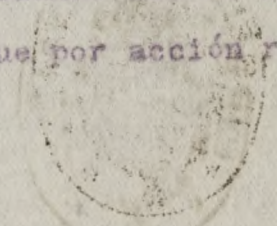
69

drá en práctica, en los casos de enteroptose no solo, porque sirve para fijar el riñón, sino por que conviene también al sostenimiento de las demás vísceras, contrarestando el efecto producido por la flojedad de las paredes del abdomen y contribuyendo a mantener el equilibrio intra-abdominal. También está indicado en las formas neurástenica ó histérica, cuyo alivio es positivo en gran número de casos, sobre todo cuando están acompañadas de descensos viscerales y en general se utilizará este tratamiento antes de decidirse á cualquier intervención cruenta, si de su aplicación las incomodidades disminuyen en grado notable, es prudente darse por satisfechos. A él se recurrirá por último en los enfermos cuyo estado general

y presión exageradas, hace á los aparatos que los llevan pen-  
 sos de soportar, particularmente en los sujetos delgados.  
 Ejerce una presión uniforme, llenando las indicaciones de un  
 modo más satisfactorio. La banda del Dr. Malecot esta compues-  
 ta esencialmente de un cinturón provisto de una pelota, que  
 colocada en la región renal mantiene el riñón en su sitio,  
 habiéndole reducido previamente, pero requiere el empleo de  
 una fuerte presión para impedir que el órgano se deslice por  
 debajo de la pelota, en los movimientos de flexión del cuerpo  
 hacia adelante. Hay también cinturones compresivos, cuya anchu-  
 ra les permite ocupar el espacio que existe desde las últimas  
 costillas, hasta un poco por encima de las crestas iliacas;



algunos llevan pelota hacia la región renal, con el mismo 66  
objeto que los anteriores. La intervención, ha de ir precedida  
de un maduro examen del cuadro sintomatológico procurando  
separar bien, lo que directa ó indirectamente se deba al ri-  
ñón, de lo que sea ageno á su ectopia y que por consiguiente  
no se modificará despues del tratamiento; en ningun caso co-  
mo en este se somete á prueba el juicio clínico del práctico,  
y aunque la nefropexia, como procedimiento operatorio de elec-  
ción, cuente con partidarios tan decididos como Albarran,  
que fija la mortalidad en el 1 x 100, es ley de buena prácti-  
ca, la que aconseja, no intervenir mas que cuando sea de nece-  
sidad absoluta. Las tracciones nerviosas, que por acción re-

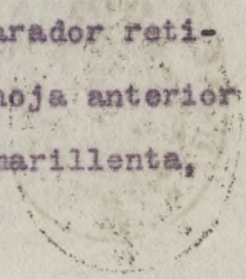


67

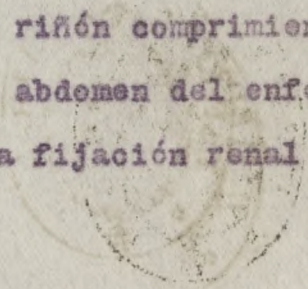
fleja , provocan crisis gastricas y dispepsias pertinaces, la hidronefrosis intermitente, la estrangulación renal con su corteje de fenómenos alarmantes, las pequeñas dislocaciones al rededor de los ejes renales que ocasionan agudos dolores y que la simple colocación del órgano en su actitud normal basta para que desaparezcan los accidentes, pueden ser indicaciones formales de intervención. Los éxitos incompletos suelen ocurrir cuando las condiciones de herencia neuropática van unidas al riñón movil entonces los resultados terapéuticos son muy inciertos. La nefrectomia, no usada hoy más que excepcionalmente, cuando al mismo tiempo que la ectopia, el riñón se encuentra degenerado, existe pionesfrosis ó la nefropexia

ha fracasado, no debe practicarse sin juzgar antes de la suficiencia del riñón, que en adelante ha de permanecer solo encargado de la depuración sanguínea. La nefropexia es el proceder quirúrgico aceptado, como tratamiento del riñón móvil, se practica del modo siguiente. Con objeto de aumentar el espacio que separa la última costilla de la cresta iliaca, se acuesta el enfermo sobre su lado sano, introduciendo entre este y la mesa de operaciones un cilindro almohadillado. La incisión cutánea preferible, es la empleada por Guyon, que comenzando por encima de la 12° costilla desciende paralelamente al borde externo de la masa sacro lumbar, separada unos 8 centímetros de la línea espínosa, próxima á la cresta iliaca.

se dirige algunos centímetros hacia afuera á lo largo de esta cresta. Esta incisión permite respetar la masa sacro lumbar y situarse inmediatamente por fuera del borde externo del cuadrado de los lomos. La técnica operatoria, es relativamente facil, pasado el borde externo del músculo sacro lumbar, se van incindiendo sucesivamente la aponeurosis del oblicuo menor, la hoja media de la aponeurosis del transverso, que es la más resistente de todas, debajo se encuentra el músculo cuadrado lumbar, reconocible por la dirección oblicua de sus fibras hacia abajo y afuera, se coje con un separador retirandole hacia dentro y atrás, sigue despues la hoja anterior de la aponeurosis del transverso y una lámina amarillenta,



que es la posterior de la aponeurosis propia subperitoneal y el nervio abdominal genital acompañado de una ó dos venas, que se incluyen en el separador aplicado antes y que contiene el cuadrado lumbar; se puede entonces tocar y algunas veces se percibe á simple vista, el riñón ascendiendo y descendiendo con los movimientos respiratorios; otro separador, que coje el borde anterior de la herida permite que dos pinzas situadas por delante y por detrás sujeten la grasa peri-renal, se disocia esta sirviéndose de los dedos ó de pinzas para evitar hemorragias, en este tiempo un ayudante eleva el riñón comprimiendo con el puño cerrado la parte anterior del abdomen del enfermo. Una de las condiciones necesarias para la fijación renal



71

es que no haya interposición de partículas de grasa, entre este órgano y la pared por esto el descortezamiento se ejecutará con esmero, terminado este se atraviesa el parenquima renal, á 1 centímetro de su borde convexo, con un hilo doble de catgut por tres sitios, que están próximos á las extremidades renales y á su parte media. En cada uno de ellos, se hace un nudo con los cabos anteriores y se tira de los cabos posteriores, hasta que aquél se ponga en contacto de la superficie del órgano, entonces se anudan los cabos posteriores, de modo que el nudo también toque al riñón, queda este comprendido por lo tanto entre 6 nudos, 3 anteriores y 3 posteriores. En la parte superior, se pasa uno de los cabos poste-

riores por encima de la 12° costilla y se ata con el otro, los dos cabes anteriores se anudan tambien despues de haber atravesado uno de ellos los músculos y aponeurosis, situados por delante de la herida, los medios se fijan en las paredes colocandolos cerca de los primeros y los más inferiores, próximos a los precedentes, adoptando en conjunto la forma de abanico.; hecho esto se hace una sutura profunda muscular con catgut y otra superficial con crin de Florencia. Veintin dias de reposo en décubito dorsal, son bastantes para que las adherencias del riñón y la pared sean suficientemente sólidas Algunos aconsejan avivar la superficie renal, por la descepti- eación de la cápsula propia y hasta escarificar dicha superfi-

cie, pero basta con el procedimiento expuesto para obtener la fijación deseada en la mayoría de los casos

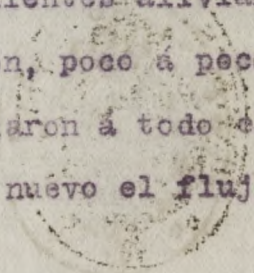


MADE IN U.S.A.

Obs. 3.

M.G. Casada de Albacete, de 25 años. Los antecedentes hereditarios carecen de importancia para su enfermedad actual. Han sido ocho hermanos, de los cuales murieron seis de accidentes y enfermedades comunes. Su temperamento es linfático y su constitución débil; en la infancia padeció el sarampión y la escarlatina. Sus reglas <sup>se</sup> establecen á los 16 años sin dificultad alguna y continúan sin trastornos hasta los 18 años, en que enferma de anemia intensa, con desarreglos menstruales, falta de apetito, cansancio, palpitaciones y gran debilidad general. La sometieron á un régimen tónico, en el que figuraba el hierro y durante un año se restableció por completo; á los

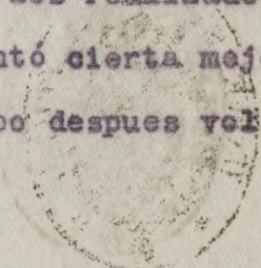
20 años contrajo matrimonio y á los 10 meses dió á luz un niño tanto el embarazo como el parto fueron normales, pero á los 20 dias notó un peso en los riñones, que más tarde se convirtió en dolor, sensible sobre todo durante la menstruación; por el dia el vientre aumentaba de volúmen que iba descendiendo por la noche con el reposo de la cama, el apetito desapareció completamente, volvió el cansancio y la demacración de la primera vez que se sintió enferma y se le presentó flujo blanco; la trataron con irrigaciones vaginales muy calientes aliviándose mucho pero los dolores lumbares persistieron, poco á poco se hicieron más fuertes y punzantes, se irradiaron á todo el abdómen y hace dos meses que se le presentó de nuevo el flujo



blanco abundante y frecuentemente manchado de rojo, entonces se presentó en la clínica. Reconocida pudo apreciarse un tumor con todos los caracteres del riñón, que gozaba de gran movilidad, siendo reducible fácilmente, en el lado derecho, además, se comprobó la existencia de una endometritis. El 19 de Mayo pasado se le practicó un raspado uterino y el 2 de Junio se operó de nefropexia por el procedimiento de Guyen. Puesto el riñón fuera de la herida operatoria, desprovisto de su cápsula adiposa, presentaba un volumen mayor que el ordinario sobre todo en el sentido de su gran eje, no estaba ecodado, de color muy obscuro y las grandes adherencias, que tenía con la cápsula de Haller hizo bastante trabajoso su desprendi-

74

miento. La enferma continúa aliviada de todas sus molestias y su estado general es de lo más satisfactorio que podía esperarse. En el embarazo, hemos de reconocer la causa próxima del desprendimiento renal, en una enferma en que las dolencias anteriores delataban la falta de resistencias orgánicas, por esto bastó un solo embarazo y parto para que la ptosis renal se estableciese y diese lugar á la serie de trastornos que luego se notaron, y es de observar la facilidad de los movimientos que podían imprimirse al riñón á pesar de la fecha no larga de su presentación, y de los pocos esfuerzos realizados por la enferma durante dicho periodo; experimentó cierta mejoría en el curso de su dolencia, pero poco tiempo despues vol-



vieron á presentarse las molestias y como sin duda eran mantenidas por el riñón desplazado, se pensó en la cura radical mediante la nefrepexia.



P.H. , de Madrid, casada de 34 años. Su madre murió de un cáncer de la matriz. Uno de sus hermanos falleció de meningitis y tiene otro que goza de buena salud. Durante la infancia estuvo enferma de sarampión, tos ferina y úlceras de la córnea. A los 16 años se establece la menstruación y continua verificándose con regularidad hasta los 20 años, en que después de un enfriamiento, que la sorprendió estando sudando, la dieron unos ataques, cuya proximidad conocía y que consistían en opresión grande del corazón, pérdida del conocimiento, acompañada de gritos y terminaban por llores y risas, también indica la subida en ocasiones de un cuerpo hacia la garganta con sensación de ahogo. Comenzó á perder fuerzas, quedándose muy débil,

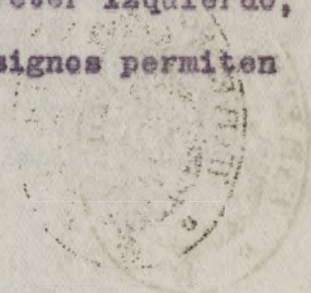
después se le presentó una anemia grande, con disminución de la cantidad del líquido menstrual y aparición de flujo blanco abundante; tres años fué de temporada á una playa del Norte, lo que unido á un tratamiento farmacológico apropiado la alivió mucho. A los 25 años contrae matrimonio y á los pocos meses, se le presenta de nuevo flujo blanco en gran cantidad; se estuvo tratando mucho tiempo y en el Escorial á donde se trasladó por aquella época, el flujo fué disminuyendo hasta desaparecer por completo mediante irrigaciones vaginales calientes. A los dos años de casada, contrae un chanero sífilítico, seguido de grandes dolores en los huesos y articulaciones, manchas en la piel, dolor de cabeza, caída del pelo y mal de garganta; sometida á un tratamiento antísifilítico

81

quedo perfectamente bien sin que acuse ningún trastorno digno de mención hasta el mes de Junio del año pasado en que comenzó con dolores de vientre, que la hacían sufrir casi todos los días, sin que nada los provocase al parecer, crecían de intensidad en la época catamenial, las digestiones eran sumamente penosas, el vientre aumentaba de volumen y como el ejercicio por moderado que fuese, le producía dolores en la región lumbar semejantes á grandes pinchazos que se corrieran por detrás y por delante molestándola extraordinariamente, la enferma buscaba el reposo, que calmaba algo el dolor pero sin desaparecer por completo, quedando limitado al hipogastrio. Las misiones, que desde el principio de la enfermedad se fueron

haciendo frecuentes hasta sentir necesidad de expulsar la orina cada media hora; en el momento de la micción la orina era de color rojo y por el reposo se dividía en dos partes una superior, formada por orina pura y otra inferior por sangre, seguía á la expulsión un dolor uretral que poco á poco se calmaba; estas hematurias, fueron aumentando de intensidad y duración, hasta llegar á comprometer seriamente la vida de la enferma. Esta cuando se presentó en la clínica el 15 de Enero había alcanzado un grado de emaciación notable, siendo de observar sobre todo la anemia profunda que presentaba. Examinada, se comprueba la existencia de una ectopia del riñón derecho, el cual tiene su forma y volumen normales, ligeramente de

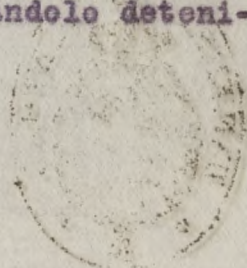
23  
vejiga sana, admite fácilmente 250 gramos de líquido, el dolor  
provocado es nulo, el dolor espontáneo que la enferma siente  
al orinar se atribuye á un reflejo nefro-vesical, las orinas  
obtenidas por las micciones de la noche presentan sangre en gr  
gran cantidad; obtenida la separación de las orinas por el  
método de Downess, aparecen claras las del riñón izquierdo y  
coloreadas las del derecho; lavada la vejiga hasta obtener  
líquido claro, se procedió al examen cistoscópico, se compro-  
bó la salida por el ureter derecho de orina muy coloreada de  
rojo, mientras que la que salía por el ureter izquierdo, no  
presentaba coloración apreciable; estos signos permiten



34

asegurar la existencia de hematuria renal derecha, cuya causa solo puede atribuirse á la ectopia renal comprobada, á una lesión sifilítica del riñón, á un neoplasma, ó á una de esas nefritis hematóricas, cuya naturaleza íntima es aún insuficientemente conocida. La forma de la hematuria continúa y abundante permite eliminar la ectopia renal de la etiología de este importante síntoma; la ausencia del síndrome habitual de la sífilis renal, separa esta enfermedad del cuadro etiológico, la larga duración de la hematuria (14 meses) sin deformación alguna del riñón da pocas probabilidades á la existencia de una neoplasia; por exclusión pues, se llega al diagnóstico de hematuria renal por nefritis, haciendo una ligerísima reser-

85  
va en favor del caso poco probable de congestión pasiva por  
tensión del pedículo. La indicación vital, siendo en este ca-  
so, el cohibir la hematuria, se propuso la enferma una inter-  
vención ( que fué admitida) diciéndola que podría llegarse has-  
ta la nefrectomia inclusive. Dos días antes de la operación,  
se procedió á la prueba de Achard y Caistagne , la cual demos-  
tró por la eliminación rápida y asociada la suficiencia del  
riñón izquierdo. El día 21 de Enero, anestesiada la enferma  
por medio del cloruro de etilo y continuada la anestesia por  
el método español, se procedió á la operación de la manera  
siguiente: descubierto el riñón por el método clásico se aisló  
de su cápsula grasosa y se le sacó fuera examinándolo deteni-



damente, se comprueba á través de la cápsula propia la existencia de manchas de color de hoja seca, el riñón no está aumentado de volúmen y la conservación de su forma habitual, diagnosticada por la palpación se comprueba de visu, la indicación perenteria del examen del parenquima renal en vista de las referidas manchas, se lleva á cabo haciendo la incisión anatómica del riñón, es decir seccionándole en dos partes iguales, según un plano, que pasa por su eje mayor paralelo á las caras, mientras un ayudante comprime el pedículo, las nuevas superficies originadas por el corte, presentaban un conjunto de manchas de extensión variable, que le daban el aspecto de uno de esos mármoles que los italianes llaman grietas, las

87

cálices y peñvis, están completamente sanos, no contenian concreción alguna, el cateterismo retrógrado del ureter, pone de manifiesto su estado normal. Siguiendo en este caso los conceptos conservadores de Israel, se procedió á la sutura del riñón, haciendo cinco puntos profuhdos con catgut grueso y los necesarios con catgut muy fino, para afrontar exactamente los berdes, se suspende el riñón por el método ordinario á la 12°. costilla y se cierra la herida operatoria por dos suturas una profunda con catgut, empleando para la piel las grapas de Michel. El período post-operatorio fué normal y apíretico, cicatrizando la herida por primera intención á los seis dias, desgraciadamente la hematuría continuó con la

misma intensidad que antes de la operación, contrariamente á lo ocurrido á Israel y aun al mismo profesor que actuaba en vista de lo cual se procedió al octavé dia de la primera operación, á la nefrectomia, que ejecutada según las reglas ordinarias fué seguida de un éxito completo. La enferma á quien hemos visto hace pocos dias goza de una excelente salud.

MADE IN U.S.A.



59

### CONCLUSIONES.

La ectopia renal es una enfermedad mucho más frecuente de lo que generalmente se piensa. Esta frecuencia es mucho mayor en la mujer, que en el hombre y en el lado derecho que en el izquierdo. La anatomía explica claramente estas diferencias.

La etiología de la ectopia renal es aún discutible, no habiendo teoría que pueda abarcar todos los casos, á pesar de los esfuerzos hechos durante estos últimos años para dilucidar esta cuestión.

La ectopia renal es rara vez primitiva. Per lo general aparece como consecuencia de una distrofia, con relajación más ó menos prolongada del cinturón abdominal.

intervención quirúrgica. Al comenzar la op

El síndrome, con que se presenta al clínico la ectopia renal es muy variable, revistiendo ámenudo las apariencias de enfermedades del tubo digestivo, del sistema nervioso ó del aparato generador de la mujer, de donde se deduce como regla de buena práctica, que ante la persistencia de alguno de alguno de estos estados, debe recurrirse al examen objetivo, por medio de la palpación bimanual, como único medio de asegurar el diagnóstico.

Conviene ensayar en la gran generalidad de los casos el tratamiento ortopédico, pero es útil conocer su impotencia curativa y la inconstancia de sus resultados.

El único tratamiento curativo de la nefroptose es la

intervención quirúrgica. Al aconsejar la operación de Hahn ,  
debemos hacer las reservas, que nos sugieran las condiciones  
de desarrollo y evolución de la enfermedad.



MADE IN U.S.A. 92  
Obs. I

B.I., natural de Madrid, de 32 años casada, no presenta nada digno de mención en sus antecedentes hereditarios. La menstruación apareció á los 14 años, realizandose con regularidad hasta el moemnto actual. Es madre de 6 hijos y tanto los embarazos, como los partos, se verificaron en las mejores condiciones y jamás ha observado ningún flujo anormal. La enfermedad que la atrae á la clínica data de ocho meses, cuya causa refiere á un esfuerzo seguido de sensación de desprendimiento ó desgarro en el lado derecho primero, y después, de grandes molestias en el mismo lado, que fueron aumentando hasta convertirse en dolores que se irradiaban á todo el abdomen, especialmente al estómago, su intensidad era tan grande que se veía obligada

obligada á suspender las ocupaciones y á acostarse, el reposo absoluto mantenido durante tres cuartos de hora la aliviaba, hasta que una nueva crisis tenia lugar, en los intervalos de éstas, además de un vago dolor en el bajo vientre estaba sujeta á trastornos dispépsicos, que consistian en eructos ácidos, náuseas y vómitos alimenticios frecuentes, estreñimiento y á veces dolor. La nutrición general, sufrió gran detrimento presentando un enflaquecimiento bastante pronunciado y anemia; en este estado vino á la clínica. Reconocida con detenimiento se observó en la fosa iliaca derecha un tumor alargado y liso, algo doloroso á la presión, que era rechazado con facilidad hacia arriba, diagnosticado de riñon móvil, aceptó la operación

propuesta, realizándose la nefropexia el 23 de Abril. El curso postoperatorio fué sumamente feliz, cicatrizando la herida por primera intención. La enferma fué dada de alta el 12 de Mayo en estado sumamente satisfactorio pues han desaparecido las molestias digestivas á pesar de ingerir alimentos, que hacia mucho tiempo no toleraba. En este caso, no habia duda que se trataba de nefroptese por traumatismo y que los trastornos digestivos estaban bajo la dependencia renal; ni sus antecedentes, ni la sintematologia hacian pensar en ningún estado patológico hereditario. La exploración del riñón, tampoco ofrecía ninguna dificultad, por esto se pensó en la intervención y una vez verificada ésta el resultado fué excelente

C. T. Viuda, de 22 años, natural de Granada, de temperamento nervioso muy impresionable. Carece de antecedentes familiares. Aparecen las reglas á los 15 años sin ningún trastorno que llame la atención, si se exceptúa algo de pesadez en las digestiones, contrae matrimonio á los 16 años, teniendo dos hijos sin novedad alguna; á los 18 años se casa por segunda vez y en los primeros dias de este matrimonio se le presentaron unos ataques, sin poder referirlos á causa conocida, en los cuales perdía el conocimiento, siendo precedidos de una sensación de cuerpo extraño que ascendía por el pecho hasta la garganta, de dolor en la región ovárica derecha y otras veces de oscurecimiento de las percepciones y caída, terminaban generalmente

con llanto abundante y no guardaban regularidad en su aparición. Poco tiempo después tuvo flujo blanco en gran cantidad, que en contacto con los lienzos los coloreaba de verde, acompañado de dolores en el bajo vientre y menstruación muy abundante; se sometió á un tratamiento que consistía principalmente en irrigaciones vaginales calientes y boricadas y más tarde la practicaron un raspado uterino, medios que no influyeron en la marcha de sus padecimientos. Las malas digestiones, unidas á las náuseas y vómitos se hicieron casi continuos y en ocasiones se le presentaba diarrea, que con los demás trastornos indicados quebrantaron el estado general de la enferma. En una época posterior y con los demás síntomas, fué atacada de do-

lores en la región renal derecha que se exasperaban con los movimientos, se veía obligada á sentarse ó tenderse en la cama, para obtener alivio, cuando eran fuertes y andaba flexionada y despacio para no provocarlos; los sentia más intensos en la época de las reglas. En este estado se presentó en la clínica el 25 de Noviembre último. Practicado el reconocimiento se observó que presentaba abolición del reflejo del velo palatino y por la palpación una ectopia renal derecha y anexitis ligera con prolapso de los anejos. Siendo operada de nefrorrafia el 23 de Abril; se colocó un tubo de desague, que se quitó á las 48 horas, cicatrizando la herida operatoria sin incidentes. Durante su estancia en la clínica hasta el 12 de Mayo ha su-

98

frido un ataque igual á los anteriores, pero de menor duraci3n é intensidad, siente peso en el lado derecho, dolores en el bajo vientre y escozores vaginales con sensaci3n de quemadura; los trastornos digestivos han desaparecido totalmente y en general está muy aliviada, continuando sometida á las inyecciones vaginales á 60 grados. (El segundo marido padecía un flujo uretral cr3nico). Esta enferma, que presentaba los trastornos propios del riñ3n ect3pico, fenómenos nerviosos y una afecci3n anexial habia sido sometida á un tratamiento, que tendia á desembarazarla de esta última enfermedad. Su resultado nulo, nos inclinó á pensar en la posibilidad de ser el riñ3n ect3pico el obstáculo á la curaci3n, por esto se empezó el tratamiento

por la nefropexia y el alivio positivo obtenido hace creer,  
que los cuidados que ahora se la presten serán más eficaces.

Madrid 11 de Junio de 1902

Pedro Aguirre y Gutierrez



Admitida  
Mora

Admirable  
José Robina

Comisario  
L. Socas

28 Junio 1902.

Verifico el ejercicio del grado de Doctor  
por y obtuvo la calificación de Aprobado

El H. Sr.  
M. P. Latorre

Aprobado con la condición de suprimir la calificación de método español de  
clonificación y sustituirlo con el nombre del autor

A. C. Latorre

José Latorre

Enrrique Latorre

Alfonso Rodríguez  
Latorre