

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

ECTOPIA RENAL

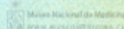


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
MEMORIA DE PRUEBA

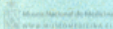
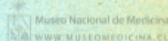
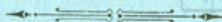
PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA I FARMACIA

POR

RICARDO DONOSO F.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA CERVANTES
BANDERA, 50

1902



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

ECTOPIA RENAL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD

DE MEDICINA I FARMACIA

POR

RICARDO DONOSO F.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA CERVANTES

BANDERA, 50

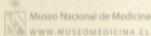
1902



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



DEDICATORIA

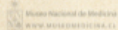


Museo Nacional de Medicina

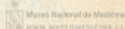
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

A mi profesor de Clínica Quirúrgica

Dr. Ventura Carvallo E.

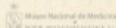
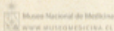
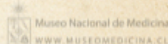
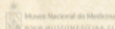


EL AUTOR



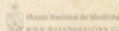
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





ANATOMIA



En mi curso de Clínica Quirúrgica, seguido con el Profesor Ventura Carvallo E. del año 1900-1901, tuve ocasión de observar algunos casos de riñon flotante i de oír disertar sobre su tratamiento, tanto a mi profesor como a otros cirujanos. No encontrando uniformidad en sus opiniones, decidí emprender el estudio de esta enfermedad, resultado del cual es este modesto trabajo.

Presento en él una suscinta relacion de la anatomía del riñon i ademas una breve esposicion de la etiología, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico, marcha, pronóstico, complicaciones i tratamiento de la enfermedad que tratamos. Al final espongo algunas de las observaciones que he podido recojer, la mayor parte de las cuales las he seguido en el Hospital de San Vicente de Paul.



ANATOMIA



Museo Nacional de Medicina

El riñón es un órgano par, situado en el abdomen, a los lados de la columna vertebral, al nivel de las dos últimas vértebras dorsales i dos primeras lumbares, por detras del peritoneo que lo recubre por su cara anterior i por delante del cuadrado de los lomos.

Son órganos fijos. Son mantenidos en su posición por los vasos que los sujetan a la aorta abdominal, i a la cava inferior, por el peritoneo que los aplica contra el plano muscular, i por una capa célculo fibrosa que los envuelve (fascia renal, Testut) a la cual se mezcla tejido adiposo en mas o menos cantidad.

Esta última es la que se denomina jeneralmente cápsula adiposa.

El tejido grasoso de esta cápsula no se desarrolla sino a la edad de diez años mas o menos.

La cápsula adiposa es mas desarrollada en la mujer que en el hombre. Su espesor es desigual, siendo mayor en la cara posterior, en el borde esterno i en la estremidad inferior que en sus demas partes.

Las relaciones de ambos riñones son diferentes.

El derecho está en relación por su cara anterior: 1.º con la cara inferior del hígado; 2.º con la parte superior



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

del colon ascendente i principio del colon transverso; 3.º con la porcion vertical del duodeno; i 4.º con la vena cava inferior.

Por su cara posterior está en relacion: 1.º con el diafragma; 2.º con el cuadrado de los lomos del cual está separado por la aponeurosis del transverso, por el último nervio intercostal i las dos primeras ramas del plexo lumbar.

El izquierdo está en relacion por su cara anterior: 1.º con la cola del pancreas; 2.º con el bazo; 3.º con la última parte de la porcion transversa del colon i la primera del colon descendente; i 4.º con la gran tuberosidad del estómago.

Por su cara posterior tiene mas o ménos las mismas relaciones que el derecho.

El borde esterno está en relacion con el hígado en el lado derecho. En el lado izquierdo con el bazo.

El borde interno descansa sobre el músculo psoas.

Presenta en su parte media el hilo del riñon que está atravesado por el pedículo del riñon formado por la arteria i venas renales, la pelvis renal i el ureter.

Este nace del vértice de la pelvis renal i sigue una direccion vertical hácia abajo. Está recubierto por el peritoneo que lo separa del intestino delgado por delante, i por detras está en relacion con el psoas.

La estremidad superior está en relacion con las cápsulas suprarenales. La inferior corresponde a la apófisis transversa de la tercera vértebra lumbar.



ETIOLOJIA

El riñon flotante es una enfermedad relativamente frecuente.

Las estadísticas difieren mucho, segun que los autores hayan reunido los casos de riñon flotante encontrados en autopsias, o los casos en que se ha hecho el diagnóstico en individuos vivos.

Así, por ejemplo, Ebstein ha encontrado únicamente 5 casos en 3,698 autopsias; Newmann ha encontrado 11 casos en 11,000 autopsias, mientras que los que han examinado enfermos han encontrado una proporción mayor como Skorckewsky que en 1,422 enfermos encontró 32 casos de riñon flotante.

Todavía hai otros que llegan a un tanto por ciento mucho mayor, aun en personas tomadas al acaso, como lo prueban los datos estadísticos llevados por el Dr. Trekaki de Alejandria al XIIIº Congreso Internacional de Medicina de Paris, que tuvo lugar en 1900, de los cuales se desprende que de cien mujeres árabes cuarenta i dos (42) tenían riñon flotante.

Por supuesto que esta estadística es mui superior en proporción a otras llevadas en Europa, como la de Lindner, en la que aparece una proporción de 20 por ciento.

En la clínica del profesor V. Carvallo E., desde el mes de Mayo de 1900 hasta Octubre del presente año, sobre un total de 581 operaciones, solamente 5 han sido por riñon flotante.

En la clínica del profesor M. Barros Borgoño, desde Octubre de 1896 hasta Octubre de 1902, sobre un total



de 1,085 operaciones solamente 3 lo han sido por riñon flotante.

Esto no indica que la afeccion sea tan poco frecuente como se deduce de los datos anteriores, pues a veces no presenta sintoma propio i en otros las perturbaciones que se producen no obligan a la jente a recurrir a los servicios médicos.

El sexo en que mas frecuentemente se observa el riñon flotante, es el femenino. En este punto estan de acuerdo todas las estadísticas.

Fritz en 35 casos, constata 30 en mujeres i 5 en hombres. Rosenstein habla de una proporcion de 82 por ciento i Ebstein de 85 por ciento. Lancereaux en 64 casos encuentra 55 mujeres i 9 hombres. Laudau encuentra 273 casos en mujeres, en un total de 314 casos de riñon flotante.

De los datos tomados en el Hospital de San Vicente de Paul se desprende que tambien el mayor número de casos de riñon flotante corresponden al sexo femenino.

Presentamos en este trabajo únicamente un caso de riñon flotante en un hombre, único que hemos podido encontrar desde 1898 hasta 1902.

Tambien se puede considerar la mayor frecuencia de riñon flotante en el lado derecho, punto en el cual concuerdan todas las estadísticas.

De los 35 casos de Fritz, 19 lo eran del lado derecho, 4 del izquierdo i los demas de ambos lados.



De los 314 casos de Laudau existia la proporción de 4-1, siendo 14 casos de ambos lados.

Cuando los dos riñones están movibles, lo es mas el derecho que el izquierdo.

Sin embargo, en uno de los casos que hemos observado era mas movable el riñon del lado izquierdo que el del derecho.

La edad en la cual se presenta mas frecuentemente el riñon flotante, es la edad media de 20 a 40 años. Es mas comun entre 30 i 40 años.

Sin embargo, hai casos raros, como los observados por Stiller (1889) en niños de 6 a 10 años de edad.

Se habla tambien de casos conjénitos, pero éstos son mas bien ectopias fijas i no riñones flotantes, pues se ha encontrado el riñon en diferentes puntos, pero fijo, como los casos en que está situado por delante de la columna vertebral en la parte lumbar; en el ángulo sacro lumbar sea por delante de éste o a su lado derecho; entre el sacro i el recto; etc. (Testut.) En estos casos el riñon está fijo, haciéndose su irrigación de una manera anormal, es decir, la arteria renal toma nacimiento en el punto mas cerca de la aorta o aun puede tomar nacimiento de la arteria ilíaca primitiva cuando el riñon está mui descendido.

Sin embargo, se admiten riñones flotantes conjénitos, i serian éstos los que son descubiertos por casualidad, pues no presentan síntoma doloroso alguno, por lo que no recurren a los servicios del médico.

CAUSAS DETERMINANTES.—Las causas determinantes son variadas. Se pueden dividir en locales i jenerales.

Causas locales.—Entre éstas se pueden citar el aumento de volúmen del hígado. Este órgano ejercería presión sobre el riñón i lo haría descender. Una vez que el hígado disminuye de volúmen, el riñón puede quedar móvil (Tuffier).

Otra causa sería la relajación súbita de las paredes del abdomen producida después del parto. A esto se agregaría el que la enferma no guarde el suficiente reposo en cama i se dedique a sus ocupaciones, haciendo esfuerzos repetidos.

Algunos culpan al corsé; otros, las amarras de los vestidos. Sin embargo, el Dr. Trekaki, en la comunicación anteriormente citada, trata de probar que el riñón flotante puede producirse en personas que no usan ni corsés, ni cinturones. Apoya su opinión en observaciones tomadas entre mujeres árabes i egipcias las cuales visten de una manera diferente de las europeas, i no usan ni corsé ni cinturón.

Otras causas que determinan la producción de riñón flotante, son los traumatismos de la región lumbar i las caídas sea de lado, sea de nalgas, sea de pié. Una de estas causas, aparece como produciendo un riñón flotante en una de las observaciones que se acompañan a este trabajo.

Causas jenerales.—Entre éstas hai que considerar aquellas que producen un enflaquecimiento jeneral considerable i desaparición de la cápsula adiposa del riñón, como la tuberculosis en un período avanzado.

Hai que agregar además los casos de riñón flotante acompañados de ptosis de los órganos abdominales i relajación de las paredes del vientre i del tejido graso, estado que constituye la enfermedad de Glénard.



Sin embargo, hai casos en los cuales la ptosis renal no acompaña la ptosis de los demas órganos abdominales. De las 42 observaciones de Trekaki, en 13 existia ptosis del intestino, del hígado, etc., sin que hubiera ptosis del riñon.

Este mismo doctor cree que no basta una sola causa para producir el riñon flotante, sino que es necesario una multitud de causas.



Museo Nacional de Medicina ANATOMÍA PATOLÓGICA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por lo jeneral el riñon está sano, de tamaño normal. Hai casos en que se presenta alargado i adelgazado. Esto se deberia a la hidronefrosis (Tuffier) o a disposiciones particulares.

La movilidad del riñon puede hacerse dentro de la cápsula; junto con la cápsula, o bien moverse dentro de la cápsula i ámbos entre los músculos i el peritoneo.

Los vasos del riñon estan alargados, estando su longitud en relacion con la movilidad del órgano.

Hai casos de movilidad del riñon a causa de una anomalía de su envoltura. En este caso estaria rodeado el riñon por el peritoneo, el cual le formaria un mesonefros. Esta sola anomalía bastaria para que el riñon tuviera movilidad. Estos serian los riñones flotantes de los ingleses, llamando móviles a los demas (Tuffier).

Ninguno de los casos que he observado ha fallecido, no pudiendo por lo tanto presentar estudios de su anatomía patológica, apoyados en protocolos de autopsias.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas que presentan los enfermos que tienen riñón flotante pueden variar.

No son raros los casos en que el enfermo no acusa ningún síntoma. El riñón flotante se descubre por casualidad al examinar al enfermo por otras afecciones.

A veces el enfermo cuenta que después de un esfuerzo, después de un parto o después de una caída, ha sentido un dolor intenso, una desgarradura en uno de los flancos; que este dolor disminuye en la estación horizontal, que aumenta cuando se sientan o ponen de pié, que es persistente, continuo a veces, molesto.

Otras veces, sin referir el principio de la enfermedad a una causa determinada, dice que siente una tirantez o una pesadez en el flanco; i además un tumor que se mueve cuando se pone de pié o cambia de posición.

Estos dolores se exageran a veces por crisis, siendo en estos casos intensos, e irradiándose en diferentes direcciones, partiendo del abdomen i tomando el torax i los miembros inferiores.

A estas crisis se acompañan generalmente dolores de cabeza, de estómago, vómitos i náuseas, polakiuria, retención de orina.

Se repiten amenudo i terminan por una emisión mas o ménos abundante de orina.

Se trata en estos casos de verdadera hidronefrosis, la cual seria debida a la compresion o acodamiento del ureter.

Por parte del aparato dijestivo se pueden considerar diversas perturbaciones, como son las dijestiones peno-



sas, desarrollo de gases en el estómago e intestinos, i, lo que es mas frecuente, la constipacion de que se quejan mui amenudo estos enfermos.

A esto hai que agregar las perturbaciones que se producen en el sistema nervioso i que se traducen por palpitations, opresion al pecho, sensacion de ahogo, abolicion del reflejo farínjeo, ovarias, etc., todas debidas a la histeria.

A estos síntomas subjetivos hai que agregar los objetivos que resultan del exámen directo del enfermo, en el cual deben usarse todos los procedimientos de exploracion.

A la inspeccion se puede notar una depresion en la rejion costo-ílica. En las personas mui flacas se notaria ademas un tumor, siempre que el desplazamiento fuera considerable. Estos dos síntomas se observan rara vez.

A la percusion se notaria una sonoridad anormal en el sitio correspondiente al riñon. Este síntoma jeneralmente no se observa.

El procedimiento de exámen que da mas datos para el diagnóstico es la palpacion, sobre todo la palpacion bimanual. Por este procedimiento se puede apreciar el tumor, su movilidad i ademas el peloteo renal.

La palpacion bimanual se ejecuta poniendo una mano, la izquierda para el lado derecho i viceversa, de plano sobre la parte anterior del abdómen i la palma de la otra mano por detras quedando el pulgar en la direccion de la línea axilar. El enfermo estará en posicion horizontal.

Cuando las paredes abdominales no se relajan bien se recomienda dar un baño caliente al enfermo.

Por este medio se nota un tumor liso, de forma renal, oblícuo, reductible, haciendo la reduccion hácia su sitio



normal, por debajo del reborde costal. A veces se toca solo en parte siendo esta su estremidad inferior. Haciendo ejecutar esfuerzos al enfermo, haciéndolo sentarse o cambiar de posición, el tumor vuelve a ser accesible a la palpación.

El tumor es a veces indoloro, otras doloroso, pudiendo entónces el dolor quedar circunscrito al tumor o bien irradiado hácia el pliegue inguinal i aun hasta el meato (Tuffier).

El tamaño del tumor es el de un riñon. Aumenta de volúmen en las crisis dolorosas (hidronefrosis) i en el período de la menstruación.

El otro síntoma apreciable a la palpación es el peloteo renal. Se obtiene haciendo presiones rápidas i enérgicas con el pulgar de la mano izquierda i posando la mano derecha sobre la cara anterior del abdómen, sin hacer fuerte presión para no inmovilizar el riñon por la compresión. A cada impulsión del pulgar de la mano izquierda se nota que un cuerpo viene a chocar con la mano derecha.

DIAGNÓSTICO

El riñon flotante puede ser confundido con tumores del hígado, del bazo, del mesenterio, del pancreas i aun de los ovarios.

Los tumores del hígado dan una macidez que se continúa con el órgano hácia arriba. Siguen, además, los movimientos del órgano que se producen por la respiración.

La vesícula biliar distendida, forma un tumor redondeado, poco móvil i también se continúa con el hígado.



Los tumores del bazo tienen mas o ménos los caracteres de los del hígado. Sin embargo, a veces es difícil hacer el diagnóstico.

Los tumores del mesenterio son medianos i tienen una movilidad lateral. No se reducen como el riñon flotante.

Los tumores del pancreas tambien son medianos i la percusion hecha por delante de ellos determina un sonido hidro-aéreo. (Le Dentu).

Hai que considerar si el riñon flotante depende de una causa local o de una jeneral (Tuffier). Para esto hai que tomar en cuenta los antecedentes del enfermo, el estado de los demas órganos abdominales encunto a su posicion, la integridad de las paredes abdominales, etc.

La marcha de la afeccion en los casos de que se trate de un riñon flotante de causa local es lenta, llegando a lo sumo a aumentar mui poco su movilidad. Ademas la afeccion queda circunscrita al riñon desplazado.

No así en los casos en que depende de una afeccion jeneral. En estos la lesion puede llegar a ser doble, acompañarse de ptosis de los otros órganos, hernias, etc.

El pronóstico del riñon flotante, en cualquiera de los casos citados no es fatal, estando su gravedad en relacion con el estado jeneral del enfermo i dependiente del tratamiento a que se someta al enfermo.

De las complicaciones, la mas frecuente es la hidronefrosis que es intermitente i debida por lo jeneral al acodamiento del ureter. Puede determinar oclusion intestinal por compresion del intestino. Ademas, pueden presentarse edemas de las piernas debido a la compresion de la vena cava. Cuando hai obstruccion de los dos uréteres puede haber accidentes de uremia.

Otra complicacion frecuente del riñon flotante es la tuberculósis renal.

TRATAMIENTO

Como las perturbaciones que se observan en los enfermos que tienen riñon flotante se deben a su desplazamiento, el tratamiento debe tener por fin la reduccion del riñon a su sitio normal. Esto se consigue haciendo que el enfermo se coloque en posicion horizontal, o en una posicion que a veces indica el mismo enfermo, o bien reduciéndola con la presion ejercida por la mano. Esto está indicado, sobre todo, en las crisis dolorosas que a veces sufren estos enfermos.

Pero esta reduccion es pasajera, pues desaparece en cuanto el enfermo deja la posicion horizontal o hace algun esfuerzo. Es necesario, entónces, mantener la reduccion.

Se ha propuesto para conseguir este resultado, tres procedimientos: 1.º el vendaje; 2.º haciendo que el enfermo recupere el tejido grasoso en jeneral i por lo tanto, el perirenal que ayuda al mantenimiento del riñon en su posición normal, i 3.º el operatorio o nefropexia.



Para hacer el vendaje se usa un aparato compuesto de un resorte que lleva una pelota i ademas un cinturón elástico.

El resorte debe ser de una elasticidad bien calculada segun la resistencia que ha de vencer, el espesor de las paredes, para que su elasticidad no sea mui débil, pues no sujetaria el riñón, ni mui fuerte, pues el enfermo no podria llevarlo (Tuffier). La pelota debe ser ancha, i hecha de un material blando, pueden ser llenas de aire, para no producir escaras.

La sola eleccion del aparato tiene sus inconvenientes, como se ve. Pero hai otro mas grave que resulta de su misma aplicacion, como es la compresion que va a ejercer sobre los órganos contenidos en la cavidad abdominal. No hai duda de que si muchos de los fenómenos que acompañan al riñón flotante son debidos a la compresion que ejerce este órgano, aunque en sentido inverso, siendo mayor la compresion que ejerce este aparato, esos mismos fenómenos, léjos de desaparecer, llegarán a ser mayores en intensidad.

Por esta razon creemos que este medio de mantener al riñón en la reduccion debe ser desechado.

Respecto del segundo procedimiento, podemos decir que su uso puede tener aplicacion en un número reducido de casos.

En primer lugar, el riñón flotante debe tener por causa una enfermedad que haya traído la pérdida del tejido grasoso del enfermo i que por lo tanto haya desaparecido el tejido adiposo perirenal. Si se trata de una enferme-



dad aguda pasajera, el enfermo, estando en cama, no presenta las perturbaciones que produce el riñon flotante. En la convalescencia, cuya mayor parte el enfermo ha pasado en cama, o cuando ménos tranquilo, en reposo, el organismo vuelve a recobrar su estado normal, se re- pone, engorda, i el tejido adiposo se desarrolla nueva- mente. El diagnóstico no se ha hecho i el riñon, ha- biendo desaparecido la causa de su movilidad, queda fijo.

Si la causa depende de una afeccion, de marcha cró- nica, que produzca enflaquecimiento, su usó casi no tiene aplicacion. Por ejemplo, en la tuberculósis. Si el enfermo no está en un período avanzado, el tejido grasoso peri- renal no ha desaparecido totalmente i el desplazamiento no se observa. Si la enfermedad está en un período avan- zado, el enfermo en un estado de enflaquecimiento con- siderable, las esperanzas de que el enfermo, por medio de la sobrealimentacion i reposo, recupere la normalidad de sus tejidos, i el restablecimiento del tejido adiposo pe- rirenal i con esto la fijeza del riñon, son mui remotas.

Entramos ahora a considerar el procedimiento quirúr- jico para mantener la reduccion del riñon o sea la opera- cion llamada nefropexia.

Esta operacion fué hecha por primera vez el año 1881 por Hahn, de Berlin, quien suturó la cápsula adiposa del riñon a los bordes de la herida.

Muchos cirujanos se han ocupado del procedimiento para ejecutar esta operacion, variándolo segun los resul- tados obtenidos.

Así, por ejemplo, después de Hahn, que fijaba la cápsula adiposa únicamente, se han indicado otros procedimientos, como la fijación de la cápsula propia del riñón ejecutado por varios cirujanos, como Ceccherelli i otros; la fijación del riñón mismo i de la cápsula adiposa, imaginada por Bassini, etc.

En cada uno de estos grupos se han presentado procedimientos de fijación sea de la cápsula adiposa, sea del parénquima renal; i aun se han variado los procedimientos de la sutura.

Todo procedimiento operatorio tiene por base establecer adherencias entre el riñón i los tejidos vecinos. La operación es benigna. En una estadística, citada por Tuffier, la mortalidad alcanza a un 4.54 por ciento. En otra estadística, propia de este autor, en 30 operaciones ha tenido un caso de muerte por tétanos a los 13 días después de la operación.

Los resultados post-operatorios son casi siempre buenos. En la estadística anterior se obtuvo 28 curaciones completas. En el otro enfermo el riñón volvió a ser móvil a causa de congestiones repetidas del hígado que hacían descender el riñón.

Wagner ha obtenido 51.2—64.1 por ciento de curación completa i duradera, 15 por ciento de mejorías i 20 por ciento de fracasos i recidivas.

Albuan, haciendo sutura intraparenquimatosa ha obtenido 78 por ciento de curaciones.

Shede, de 38 casos operados, conoce el resultado de 30. De éstos 2 mujeres históricas han quedado sin cambio; i con enteroptosis, no ha encontrado mejoría i tiene molestias considerables; otra se lamenta de que la hayan operado, pues presenta dolores.

Las demas estan contentas con el resultado.

Los fenómenos jenerales producidos por el riñon flotante desaparecen completamente. Las crisis dolorosas, los fenómenos del aparato dijestivo, los trastornos nerviosos, sobre todo estos últimos, no se repiten mas en los enfermos.

Indicaciones de la nefropexia.—Esta operacion está indicada en casi todos los casos de riñon flotante.

Los ataques de hidronefrósis intermitente son una indicación seria de la operacion.

Los casos de riñon flotante doble no son una contraindicacion de la operacion.

La nefropexia está contra-indicada en las personas que estan en un estado caquético por otras afecciones crónicas como la tuberculosis, por ejemplo.

Para muchos cirujanos es una contraindicacion formal de la nefropexia, el existir al mismo tiempo que la ptósis renal, una enteroptósis, hepatoptósis, etc., en una palabra en la enfermedad de Glénard.

Sin embargo, hai otros que opinan que aun estos casos deben ser operados, pues a pesar de que jeneralmente recidivan, traen un alivio al enfermo. Tambien estaria esta operacion indicada en este caso siempre que las perturbaciones que presentara el enfermo fueran debidas, únicamente, al desplazamiento del riñon.

En los casos de tuberculosis renal, que muchas veces acompaña al riñon flotante, la operacion de eleccion es la nefrectomía.



PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Consideraré en primer lugar los procedimientos que se ejecutan en las Clínicas Quirúrgicas de los Profesores Carvallo i Barros o sea, los procedimientos de Guyon i de Obalinski. En seguida describiré algunos que pueden tener algun interes.

PROCEDIMIENTO DE GUYON.—Fué imaginado por este autor en 1888 i modificado por él mismo en 1891.

El enfermo se coloca en posicion lateral, apoyado el flanco no operado en un cojin. Anestesia con cloroformo.

1.º *Incision.*—Se hace sobre el borde esterno de la masa sacro lumbar. Comienza al nivel de la undécima costilla i se termina a un traves de dedo por debajo de la cresta iliaca. Se corta piel tejido celular subcutáneo, a poneurosis i músculos.

2.º *Paso de los hilos.*—Se usa el catgut, la seda o el crin de Florencia. Los hilos deben ser gruesos i se les pasa con la aguja de Reverdin curva. Se incinde la cápsula adiposa en toda su altura i se hace rechazar el riñon debajo de las costillas por un ayudante que aplica fuertemente el puño sobre la pared abdominal anterior. Se pasa a traves del parénquima renal, sobre su estremidad inferior i a un centímetro por lo ménos de su borde convexo un hilo doble. Se toman con dos pinzas sus estremidades i tirando hácia arriba, se suspende i se fija el riñon en la herida parietal.

Se pasa por encima de este primer hilo i de la misma manera hilos semejantes en número de 3 o 4 a un centímetro mas o ménos de otros.

3.º *Sutura.*—Se toma una de las estremidades de uno



de los hilos dobles i se anuda los dos cabos de tal manera que el nudo esté en contacto directo con el punto del parénquima renal donde ha penetrado la aguja. Este mismo nudo se hace en las dos estremidades de cada hilo.

Los dos cabos de cada hilo se pasan a medio centímetro mas o ménos el uno del otro a través de la cápsula grasosa, la aponeurosis del transverso i una parte del espesor del tejido muscular. Se anudan juntos i se cierra fuertemente sin temor de cortar la sustancia renal.

La herida parietal se sutura por planos separados con crin de Florencia.

Este procedimiento usado en la Clínica del profesor V. Carvallo ha dado buenos resultados.

A veces se observa que en los días siguientes de la operación la orina disminuye i se enturbia, pero esto pasa luego i la secreción urinaria vuelve a ser normal.

Los resultados sobre la fijeza del riñon que se obtienen por este procedimiento han sido discutidos por algunos cirujanos diciendo que no se obtienen adherencias firmes por él.

Dos de las enfermas operadas por el profesor V. Carvallo han sido observadas algun tiempo después de operadas por el jefe de clínica quirúrgica doctor Francisco Navarro, el que constató que el riñon estaba fijo, i al cual declararon las enfermas que las perturbaciones que sufrían antes de ser operadas habían desaparecido completamente.

PROCEDIMIENTO DE OBALINSKI.—Fué descrito por primera vez en el año 1897.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El enfermo se coloca en posición lateral, apoyado el flanco no operado sobre un cojín. Anestesia con cloroformo.

Incisión.—Principia en el ángulo que forma la masa lumbar con la duodécima costilla i sigue una dirección oblicua hacia abajo i adelante en una extensión de 10 a 12 centímetros según el caso.

Toma piel, tejido celular sub-cutáneo, aponeurosis i músculos. Una vez abierta la cavidad abdominal se rechaza el riñón hacia la herida por un ayudante. Se incide la cápsula en toda la extensión del borde externo del riñón.

Sutura.—El borde que queda en la cápsula se fija al borde correspondiente de la herida muscular por cuatro puntos de sutura con catgut. Si la cápsula está muy delgada se pasa un punto por el parénquima renal. En seguida se suturan los bordes de la herida muscular, también con catgut. Por este medio quedan unidos los bordes de la cápsula. Después se sutura la herida parietal por planos i con crin de Florencia. Jeneralmente uno de los puntos no se anuda i se deja un drenaje de gasa. Cuando éste se retira se anuda el punto que quedaba sin anudar.

Este procedimiento, que es el que se usa en la clínica del profesor Barros B., lo hemos visto ejecutar por el doctor Sierra M. en el hospital de San Borja.

Respecto de los resultados, he visto una enferma dos meses después de operada por este procedimiento, en la cual habían desaparecido todos los fenómenos que presentaba antes de ser operada.



OTROS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

PROCEDIMIENTO DE F. JONNESCO. (De Bucarest).—
Este procedimiento fué descrito el año 1897.

Incision.—En los primeros casos hacía una incision desde la 12.^a costilla hasta la cresta ilíaca siguiendo el borde externo de la masa sacro-lumbar. Despues modifico su incision haciéndola partir del borde externo de la masa sacro-lumbar i siguiendo en una estension de 10 a 12 centímetros el borde inferior de la 12.^a costilla, cuando es larga, o de la 11.^a i 12.^a costillas cuando ésta es corta.

Se corta piel, tejido celular sub-cutáneo, aponeurosis i músculos i se busca el riñon, el cual se mantiene en la herida por un ayudante. Se reseca la mayor parte de la cápsula adiposa i se decortica la cápsula fibrosa del riñon sobre todá la estension del borde externo del órgano.

Paso de los hilos.—El autor recomienda la seda trenzada o los hilos de plata. Con una grande aguja curva armada de un hilo doble se atraviesa la piel, tejido celular, músculos, aponeurosis profunda, la cápsula fibrosa del riñon de la cara posterior del riñon, en la cual se ha hecho un pliegue que es atravesado, el parénquima renal, la cápsula tambien plegada sobre la cara anterior del riñon, el periostio de la 11.^a o 12.^a costilla sobre su cara esterna, los músculos i la piel del labio externo de la herida a 3 centímetros de su borde libre. Se secciona el asa del hilo i se retira la aguja. Este hilo pasa por la estremitad superior del riñon. De la misma manera se pasa un segundo hilo por la parte media del borde del riñon, i un tercero por la estremitad inferior. Estos hilos pasan



por el periostio de la 12.^a costilla si es larga o de la 11.^a si la otra es corta.

Ligadura de los hilos.— Dos rollos de gasa esterilizada de 8 a 10 centímetros de largo, se colocan entre las estremidades de los hilos dobles; estos se anudan de manera que el nudo quede sobre los tapones. Se anudan primero las estremidades de los hilos sobre uno de los labios de la herida; despues, ejerciendo una lijera traccion sobre los cabos opuestos, se anudan estos últimos por arriba del segundo tapon colocado en su asa. Es necesario no cerrar mucho para evitar la seccion del tejido renal.

La herida se cierra por puntos separados con catgut o con crin de Florencia.

Para evitar que los hilos tiendan a separarse se pasa uno de los cabos del asa del hilo a 1 $\frac{1}{2}$ centímetro del primer trayecto, i se saca del mismo lado de la herida.

Estos hilos se sacan al 10.^o dia despues de la operacion cortando los cabos de un lado i tirando bruscamente los cabos opuestos.

El pliegue de la cápsula fibrosa impide que el hilo corte el tejido renal.

Segun el autor, las adherencias que se obtienen por este procedimiento son sólidas i las ventajas sobre los otros procedimientos serian:

- 1.^o Su simplicidad;
- 2.^o El que el riñon queda fijo en toda su estension, i
- 3.^o Porque permite quitar los hilos despues del tiempo necesario a la formacion de las adherencias, por lo que se evita la permanencia de los hilos que trae o puede traer dolores, supuraciones i fístulas i formacion de tejido de esclerosis en el riñon.



PROCEDIMIENTO DE O. KUKULA, DE PRAGA.—Incision desde el borde superior de la 12.^a costilla a lo largo del borde externo de la masa sacro-lumbar hasta la cresta ilíaca. Incision de la piel, de la hoja superficial de la fascia lumbo dorsal (en el ángulo superior de la herida incision de las fibras musculares del dorsal ancho i del serrato posterior e inferior), de la hoja profunda de esta fascia i se deja al descubierto el cuadrado de los lomos, separando este músculo en toda su lonjitud por delante de la fascia perineal, por detras del músculo sacro lumbar. En seguida se incinde el cuadrado de los lomos en dos mitades, desde su insercion en la 12.^a costilla hasta su tercio inferior. En la parte inferior de esta incision se pasan dos o tres puntos de sutura con catgut; en seguida se corta la fascia perineal, i se libra el riñon en sus dos tercios inferiores hasta el hilo i se coloca el riñon así librado en la separacion de los dos bordes de la herida muscular, de manera que el hilo del riñon quede montado sobre el borde inferior de la herida muscular; los hilos de catgut se unen, por lo cual se hace mas pequeña la incision muscular i el riñon queda encastrado por los bordes musculares. Al final se fija el riñon en su nueva posicion por algunas suturas de seda que se colocan en el borde del músculo por una parte i el borde posterior de la cápsula por otra, i que tienen por objeto evitar una inclinacion del polo superior del riñon hácia adentro i abajo. Se sutura la fascia i la piel dejando un pequeño espacio para introducir un pequeño trozo de músculo hasta el polo inferior del riñon. Una gran parte del riñon queda entre el cuadrado de los lomos i la masa sacro lumbar i el riñon puede pegarse anchamente en estas superficies musculares.





De tres operados de esta manera sanaron dos. El otro murió con vómitos i anuria relativa, aunque al cuarto día despues de la operacion el riñon se habia soltado. A la autopsia se encontró una gastro enteroptosis i acodamiento del duodeno. El riñon tenia por delante i por detras un surco determinado por el borde muscular. El tejido renal estaba normal fuera de unos pequeños puntos superficiales i circunscritos al nivel de los surcos. Como se ve, este procedimiento tiene el inconveniente de que el músculo ejerce una fuerte presion sobre el tejido renal.

PROCEDIMIENTO DE DAVIS.—El procedimiento consiste en que despues de haber dejado al descubierto el riñon cerca del borde del cuadrado de los lomos, se separa una faja del grueso del dedo del borde extremo de este músculo i sobre él se sutura la cápsula del riñon. Para esto se desprende la cápsula por un corte lonjitudinal i dos otros trasversales en la estremo del lonjitudinal.

Se desprende en forma de puerta en una lonjitud de seis a siete centímetros. De esta manera se evita en la nefropexia la formacion de tejido cicatricial.

PROCEDIMIENTO DE EDEBOHLS (1902).—La incision parte de la punta de la 12.^a costilla i sigue una direccion oblicua hácia abajo i afuera hácia la cresta ilíaca. Se coloca asi por fuera del borde esterno de los músculos de la masa comun. Se incinde el gran dorsal siguiendo la direccion de uno de sus intersticios musculares i la fascia



trasversalis, cuidando de no cortar los nervios abdomino-jenitales (si hai necesidad de cortarlos, se ligan despues). Se llega así al borde esterno del cuadrado de los lomos, cuya vaina se incinde en la parte anterior de su borde esterno, i la cual al retraerse deja al desnudo una ancha superficie muscular cuenta que mira hácia adelante i contra la cual se va a fijar el riñon.

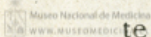
Una vez puesto el riñon al descubierto, se estirpa toda la cápsula grasosa del riñon i se corta la cápsula fibrosa sobre la sonda acanalada a lo largo del borde libre del órgano i se desprende hasta denudar la mitad de cada una de las caras del órgano. Se pasa en la cápsula propia i al nivel donde ha terminado el denudamiento dos largos hilos dobles en U de cada lado, cuya ansa es paralela al borde libre del riñon por medio de una aguja plana, para no herir el parénquima. Los cuatro cabos libres de los hilos colocados sobre la cara posterior del riñon se pasan sucesivamente al traves de la vaina retraida del cuadrado de los lomos, del músculo cuadrado de los lomos, del borde esterno del músculo sacro-lumbar i del labio interno de la hendidura del gran dorsal; los cuatro cabos libres provenientes de la cara anterior se pasan al traves de la fascia transversalis i el borde esterno de la hendidura del gran dorsal, la cual se sutura ántes de anudarlos. Los hilos de suspension mas elevados se colocan justamente por debajo de la 12.^a costilla i se anudan todos. La superficie denudada del riñon se encuentra así colocada sobre la superficie tambien denudada del cuadrado de los lomos.

El riñon no queda en su posicion primitiva, lo cual tendria para el autor la ventaja de evitar herir la pleura



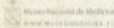
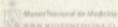
por el paso de los hilos, como de librar al riñon de la accion del peso i movimientos del hígado.

La mortalidad que ha observado el autor en 261 nefropexias es de 1.55 por ciento. En cuanto a los resultados obtenidos, ha observado 55 de los operados tres años ántes mas o ménos; en 50 el riñon estaba completamente fijo i en 5 habia un relajamiento de las nuevas adherencias.



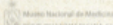
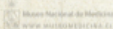
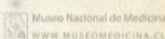
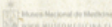
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



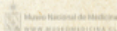
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





OBSERVACIONES



Museo Nacional de Medicina Observación núm. I

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Elisa N... de 40 años, casada, nacida en Francia, ingresa al servicio del profesor V. Carvallo el 17 de Junio de 1898.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Desde la edad de 17 años ha sufrido ataques de histeria.

Ha tenido cuatro hijos. Los tres primeros muy seguidos.

Enfermedad actual.—Desde hace seis meses tiene ligero enflaquecimiento, perturbaciones digestivas, pérdida del apetito, constipación, a veces diarrea, i además ha tenido síntomas de histeria.

Al mismo tiempo ha tenido la sensación de tirantez en la región lumbar, sobre todo en el lado derecho. Otras veces es un dolor en forma de cólicos, acompañado de escalofríos, sudor, fatigas, cefalea, dolor de espaldas i retención de orina.

Exámen.—A la palpación se nota en el hipocondrio derecho un tumor de forma alargada, liso, duro, a veces pulsátil, perceptible en la estación de pié ó al hacer esfuerzos, toser; desciende hasta el nivel del ombligo i se



oculta fácilmente por la compresion o haciendo colocarse a la enferma en la posicion horizontal.

Diagnóstico.— Riñon móvil derecho.

Pronóstico.— Grave.

Tratamiento.— Nefropexia.

Operacion.— Se hizo el dia 30 de Junio. Operó el profesor Carvallo. Prévia cloroformizacion de la enferma se hizo en la rejion lumbar derecha una incision como de 12 cm. oblícua desde la 11.^a costilla hasta la cresta ilíaca; se incindió piel i tejido celular sub-cutáneo que era abundante i vascularizado, músculos i aponeurosis, se llegó al tejido adiposo perirenal al cual se hizo dos puntos de sutura para reforzar el peritoneo. Apareció el riñon en su cápsula, situado mui arriba, casi oculto por el hígado, pequeño, en posicion trasversal i con torsion del pedículo.

Se atravesó el parénquima renal con tres puntos de sutura con crin de Florencia, por el procedimiento del doctor Guyon i se le fijó a los bordes de los músculos incindidos.

Por último, sutura entrecortada de las paredes abdominales.

Durante la operacion se le hicieron tres inyecciones de éter alcanforado.

Diario.— En el mismo dia de la operacion presentó escalofríos, cefalea, sed, náuseas, dolor intenso en el abdómen. Temperatura 37°7. Pulso mui débil. Se le hizo una hipodermocclisis de 600 gramos de serum.

Julio 1.^o— Pasó mala noche, con náuseas, vómitos. Temperatura en el dia 37°5.

Julio 2.— Se siente mejor.



Julio 4.—Se le puso un lavado intestinal por tener constipacion desde el dia de la operacion.

Julio 9.—Se vió la herida que estaba en perfecto estado.

Julio 11.—Estraccion de los puntos de sutura dejándose la herida cubierta con tela emplástica.

Julio 13.—Secrecion de la herida. Por compresion salia un líquido sanguinolento. Se hizo una incision de 4 cm., para dar mas fácil salida al líquido i se puso un drenaje de gasa.

Los dias siguientes se hizo curaciones secas. La herida marcha con lentitud a la curacion. Se hicieron tocaciones con tintura de yodo i nitrato de plata.

La enferma pidió su alta, sin estar la herida completamente cicatrizada, el dia 21 de Agosto de 1898.

Observacion núm. II

Clodomiro G... de 30 años, soltero, cantero, nacido en Rengo, entra al servicio del profesor V. Carvallo el 30 de Junio de 1899

Antecedentes hereditarios.—Los ignora.

Antecedentes personales.—Lues. Ha enflaquecido mucho.

Enfermedad actual.—El 1.º de Abril de 1899 tuvo vómitos alimenticios i biliosos, gran timpanismo abdominal, dolores intermitentes a todo el vientre acompañados de constipacion, sin salida de gases por el ano, i gran flatulencia.

El enfermo notó ademas un tumor en el hipocondrio derecho cuyo tamaño no recuerda.

Ingresó al hospital de San Fernando donde fué tra-

tado con purgantes i lavados intestinales sin resultado.

A los 10 o 12 dias, sin tratamiento, defecó bastantes escrementos duros, arrojó gran cantidad de gases por el ano. Tuvo una abundante emision de orina.

El timpanismo desapareció, como asimismo los dolores que habian necesitado morfina.

El 10 de Junio tuvo otro ataque semejante al anterior.

Despues se han repetido, por lo cual ha ingresado al hospital.

Exámen.— En el hipocondrio derecho se nota un tumor del tamaño de un riñon, duro, movible, doloroso a la presion profunda. Se le dió cloroformo para examinarlo bien i el tumor desapareció por debajo del reborde costal.

La orina era clara, sin albúmina i de 500 hasta 800 gramos de cantidad.

El enfermo sufrió crisis dolorosas, acompañadas de vómitos, la última.

Diagnóstico.— Riñon derecho móvil.

Pronóstico.— Grave.

Tratamiento.— Nefropexia.

Operacion.— Se hizo el dia 5 de Julio. Despues de cloroformizado, se hizo una incision de 10 a 12 centímetros en la rejion lumbar, oblícua, desde la undécima costilla a la cresta ilíaca.

Se cortó piel, tejido celular sub-cutáneo, músculos i aponeurósis, i se procedió a fijar el riñon a los músculos por el procedimiento de Guyon.

El enfermo fué vendado convenientemente.

Lo único de particular que hubo despues de la operacion fué la orina que disminuyó durante dos dias a 500 gramos, siendo ademas turbia.

Los puntos de sutura se quitaron a los 7 días i la herida cerró por primera intencion.

El enfermo salió de alta el 25 de Julio de 1899.

Observacion núm. III

Rosario L.....de 30 años de edad, soltera, ingresa al servicio del profesor V. Carvallo, el día 10 de Mayo de 1901.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—La enferma dice que ha sufrido bronquitis i mucha tos. Ha tenido hemoptisis. Sufre elevaciones de temperatura vesperales, habiendo habido épocas en que ha tenido fiebre durante todo el día. Ha tenido un aborto.

La enferma ha enflaquecido considerablemente en este último tiempo.

Enfermedad actual.—Segun la enferma le principió hace dos meses i medio por un dolor en el flanco izquierdo acompañado de vómitos i constipacion.

Despues ha seguido sufriendo perturbaciones digestivas, dolores al flanco izquierdo i tambien al derecho.

Exámen.—El panículo adiposo ha desaparecido, la musculatura es escasisima. La cara pálida.

En el aparato respiratorio existen los síntomas de un proceso tuberculoso avanzado.

Hecho el exámen de la rejion abdominal se constata a la palpacion bimanual un tumor duro, liso, del tamaño del riñon que resbala hácia el reborde costal.

Tambien existe en el lado derecho, pero con ménos movilidad.

La temperatura por la mañana es de 37° i en las tardes varia entre 38° i 38°5.

La enferma tiene polakiuria. Orina 1500 gramos.

La orina es normal.

Diagnóstico.—Riñon móvil en ambos lados.

Pronóstico.—El pronóstico está sujeto al de la lesion tuberculosa del pulmon.

Tratamiento.—En vista del estado de la enferma i de lo avanzado de la lesion pulmonar no se creyó del caso intervenir quirúrgicamente.

El tratamiento fué el de la lesion tuberculosa.

La enferma salió del servicio el dia 15 de Mayo de 1901.

Observacion núm. IV

Anjela O. de 36 años, casada, ingresa al servicio del profesor V. Carvallo el dia 30 de Setiembre de 1901.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Hace 10 años tuvo infarto de los ganglios inguinales; poco despues sufrió de la garganta, alopecia. Ha seguido sufriendo cefaleas i dolores osteócopos. Ha tenido un aborto i 7 hijos, tres de los cuales murieron mui chicos. Uno ha sufrido de la vista i otro de los oidos.

Enfermedad actual.—Le principió hace 8 años despues de su parto, por un gran dolor al flanco derecho i a las caderas.

Despues ha sufrido dolores al flanco derecho acompañados de vómitos, dolores de estómago i constipacion. Tambien ha tenido retenciones de orina i muchas veces polakiuria.

Ha enflaquecido bastante.



Exámen.—Mujer de regular constitucion. Panículo adiposo i musculatura regularmente desarrollados.

En el abdómen se nota a la palpacion bimanual un tumor del tamaño de un riñon, movable, blando, casi indoloro a la palpacion. El tumor desaparece por debajo del reborde costal.

La orina es normal.

Diagnóstico.—Riñon móvil del lado derecho.

Pronóstico.—Grave.

Tratamiento.—Nefropexia.

Operacion.—Se hizo el dia 11 de Octubre.

Prévia cloroformizacion se hizo la incision como en los casos anteriores fijándose el riñon por el procedimiento de Guyon.

En los dias siguientes a la operacion la temperatura de la enferma osciló entre 37° i $37^{\circ} 8$, llegando el dia 16 de Octubre a 38° . El dia 19 tenia $37^{\circ} 6$.

El dia 21 se quitaron los puntos de sutura i la herida estaba cicatrizada.

El dia 22 la temperatura fué de $38^{\circ} 3$.

El dia 23 la temperatura subió a $38^{\circ} 5$. La rejion operada estaba roja i tumefacta. Se desprendió la parte media de la cicatriz i se dió salida como a 50 gramos de pus.

Se hizo una curacion antiséptica i se siguió curando la herida hasta el dia 30 de Noviembre en que la enferma pidió su alta, no estando curada su herida completamente.

Observacion núm. V

Tomasa F... de 33 años, sirvienta, de Santiago, ingresa al servicio del profesor V. Carvallo el dia 21 de Noviembre de 1901.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—La enferma ha enflaquecido mucho.

Enfermedad actual.—Desde hace un año sufre dolores al flanco derecho que le vienen por crisis, acompañados de dolores al vientre i vómitos. Nota al mismo tiempo la aparicion de un tumor en el lado derecho del abdómen. Ha tenido tambien retencion urinaria i a veces polakiuria.

Exámen.—Mujer de regular constitucion, panículo adiposo escaso, i musculatura regularmente desarrollada.

A la palpacion bimanual se nota un tumor de forma de riñon, liso, blando, mui móvil i desaparece por debajo del reborde costal.

Diagnóstico.—Riñon derecho móvil.

Pronóstico.—Grave.

Tratamiento.—Nefropexia.

Operacion.—Se hizo el dia 11 de Diciembre.

Prévia cloroformizacion se hizo la incision como en los casos anteriores, i se fijó el riñon por el procedimiento de Guyon.

El dia de la operacion la temperatura fué de 37°4.

Al dia siguiente subió a 38°. Se hizo la desinfeccion intestinal i al dia siguiente la temperatura era normal.

El dia 18 de Diciembre se quitaron los puntos de sutura. La herida curó por primera intencion i la enferma salió de alta algunos dias despues sin presentar ninguna perturbacion.

Observacion núm. VI

Ismaela F... de 40 años, soltera, cocinera, de Santiago, ingresa al servicio del doctor L. Sierra en el hospital de San Borja en Setiembre de este año.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha gozado de buena salud.

Enfermedad actual.—Le principió hace 3 años a consecuencia de haberse caído al suelo por el costado derecho. Sintió un fuerte dolor i como si algo se le hubiera dislocado en el flanco derecho. El dolor fué mas o menos constante acompañándose a veces de cefaláljias, náuseas, palpitaciones.

Como al mes despues tuvo un ataque que principió por opresion al pecho, sensacion de ahogo i terminó con la pérdida del conocimiento. Despues ha vuelto a sentir lo mismo.

La enferma enflaqueció bastante despues del traumatismo.

Ahora siente un bulto que cuando se sienta o se pone de pié estando acostada, va hácia abajo i hácia adelante.

Exámen.—Constitucion regular.

Examinado el abdómen por la palpacion bi-manual se nota un cuerpo movible de forma i consistencia renal, el cual se reduce por debajo del reborde costal en el lado derecho.

Diagnóstico.—Riñon derecho móvil.

Pronóstico.—Grave.

Tratamiento.—Nefropexia.

Operacion.—Se hizo el día 27 de Setiembre por el doctor Sierra.

Prévia cloroformizacion de la enferma se hizo una incision desde el ángulo que forma la 12.^a costilla con la masa lumbar en una direccion oblicua hácia adelante i abajo, de 10 centímetros. Se incindió piel tejido celular, músculos haciendo la hemostásis i cuidando de no cortar el nervio abdómino jenal.

Rechazado el riñon hácia la herida por un ayudante se incindió la cápsula en su parte esterna. Esta estaba adelgazada.

Los bordes de la cápsula se suturaron a los bordes correspondientes de la herida muscular por cuatro puntos de sutura con catgut. Despues se suturaron los músculos quedando, por consiguiente, el borde esterno del riñon tapado por el acercamiento de la herida. Se dejó en contacto con el riñon un pedazo de gasa. Se hicieron tres puntos de sutura en el tejido grasoso i se suturó la piel con crin de Florencia.

La operacion duró tres cuartos de hora.

La enferma siguió bien durante los dias siguientes.

La gasa se sacó a los tres dias. Se colocó otra en su lugar. A los siete dias se sacaron los puntos de sutura, se sacó la gasa i se anudó el punto correspondiente a ésta. La herida cicatrizó perfectamente i la enferma se levantó a los 19 dias.

Salió de alta el 27 de Octubre, habiendo desaparecido las perturbaciones que presentaba esta enferma.

Observacion núm. VII

Gregoria B., de 28 años, soltera, cocinera, de Santiago. Asiste a la policlínica de jinecología del doctor Körner para hacerse reconocer el 10 de Octubre.



Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 12 años tuvo escarlatina. A los 15 años su primera menstruación. A los 18 años una mastitis supurada. A los 19 años tuvo un parto. Poco después edema de la cara i de los pies. A los 21 años hénria inguinal izquierda. A los 23 años otro parto después del cual quedó con un prolapso uterino.

Tuvo también dolor de cabeza poco intenso, vómitos, dolor de cintura muy intenso en el lado derecho i además retenciones de orina. Terminaba esto por una emisión abundante de orina.

Después del último parto se le hizo un raspaje uterino en el hospital de San Francisco de Borja por el doctor Charlin. Tres meses después se le hizo la amputación del cuello uterino, con lo cual se sintió mejor. Tres meses después se le hizo el acortamiento de los ligamentos redondos, por el doctor Mouat. Cuatro meses después (1899) se le hizo la ventrofixación por el doctor Sierra. En Julio de 1899 se le hizo la nefropexia del riñón derecho por el doctor Barros Borgoño. En Noviembre de 1899 se le operó la hernia inguinal por el doctor Sierra. En Junio de 1900 se le operó una fístula que quedó después de la nefropexia. En Octubre de 1900 ingresó al servicio del doctor Körner, donde se le hizo el siguiente diagnóstico: Retroflexión móvil, descenso uterino, hernia inguinal, riñón flotante. (De éstas no se especifica el lado). El día 16 de Octubre se le hizo una laparotomía i la ventrofixación.

La enferma ha sufrido, además, cólicos hepáticos desde hace 10 años. El último lo tuvo hace dos meses.

Enfermedad actual.—Hace ocho meses siente un tu-



mor en el lado izquierdo que se mueve cuando la enferma cambia de posicion.

Hace cuatro meses ha principiado a tener vómitos, cefaleas, i dolor en el flanco izquierdo.

Ademas sufre perturbaciones debidas a la histeria.

Exámen.—Mujer de panículo adiposo i musculatura mas o ménos desarrollados.

Al exámen jinecolójico se vió que tenia el útero movable i ademas una retroflexion.

Tiene dos hernias: una inguinal izquierda i otra de la línea blanca en el sitio donde se le hizo la laparotomía en 1900.

Al exámen del abdómen i a la palpacion bi-manual se notaba en ámbos flancos un cuerpo movable, liso, de forma renal i que se reducía por debajo del reborde costal.

Diagnóstico.—Riñon flotante de ámbos lados, hernia inguinal izquierda, hernia de la línea blanca, retroflexion i movilidad del útero.

Pronóstico.—Grave.

Tratamiento.—No habiendo quedado en el hospital no se hizo.

CONCLUSIONES

El riñon flotante es una afeccion frecuente.

Es mas comun en el sexo femenino que en el masculino; en el riñon derecho que en el izquierdo.

Por lo jeneral no presenta síntoma propio i su diagnóstico no se impone.

El tratamiento de la afeccion que da mejor resultado es la nefropexia. Esta operacion es benigna.



El procedimiento operatorio de eleccion es aquel que toma la sustancia renal misma o por lo ménos su cápsula propia. El material de sutura preferible es el catgut.

El tratamiento tiene como contra-indicacion cualquiera enfermedad concomitante que traiga un estado de desnutricion jeneral (caquexia).

BIBLIOGRAFÍA

- L. Testut.*—Tratado de anatomía humana.
- S. Duplay i P. Reclus.*—Tratado de cirujía. Artículo Aparato urinario, por el doctor Tuffier.
- Desnos.*—Enfermedades de las vias urinarias.
- Lequeux.*—Cirujía del riñon i del uréter.
- Trekaki.*—El riñon móvil en las árabes.
- Davis.*—Nuevo método de fijacion del riñon.
- O. Kukulá.*—Un nuevo método de nefropexia. (Centralblat fur chirurgie, 9 de Agosto de 1902).
- Edebohl.*—La técnica de la nefropexia. (La semaine medicale, 27 de Agosto de 1902).
- Jonnesco.*—De la nefropexia. Descripcion de un nuevo procedimiento operatorio.

