

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---|-----|--|
| A. INVOLUCIÓN INCOMPLETA | a. Persistencia de conexiones entre el intestino y el ombligo. . . | } | 1.º | Divertículo abierto. |
| | | | 2.º | Divertículo fijado en el ombligo. |
| | | | 3.º | Persistencia únicamente de los vasos onfalomesentéricos. |
| | b. Persistencia de la porción intestinal del conducto onfalomesentérico | } | 4.º | Divertículo de Meckel libre ó fijado secundariamente. |
| | | | 5.º | Enterocistomas. |
| | c. Persistencia de la parte umbilical del conducto onfalomesentérico | } | 6.º | Quistes del ombligo. |
| | | | 7.º | Tumores residuales. |
| | B. INVOLUCIÓN EXCESIVA | } | 8.º | Estenosis ó atresia intestinal, coexistente ó no con un divertículo de Meckel. |

Para completar y hacer aún más comprensible la clasificación que acabamos de exponer, hemos representado esquemáticamente en las figuras 218 A y 218 B, las principales modalidades anatómicas — comparadas con el estado normal — modalidades que describiremos brevemente á continuación, resumiendo de este modo las 650 observaciones que, auxiliados por V. RICHE, hemos podido recoger.

A. INVOLUCIÓN INCOMPLETA. — 1.º Divertículo abierto. — Con el nombre de divertículo abierto deben comprenderse todos los casos en los cuales persiste la comunicación entre el intestino y el ombligo, bajo la forma de un conducto más ó menos permeable. En el momento del nacimiento se presenta una fístula en el ombligo y por ella se expulsan, sea materias fecales, sea más sencillamente un líquido mucoso.

2.º Divertículo fijado en el ombligo. — En los casos de esta naturaleza, el divertículo del íleon queda todavía en conexión con el ombligo, pero no con el exterior del cuerpo, y por lo tanto, su existencia no se manifiesta por ningún síntoma exterior, por ningún síntoma visible ó apreciable. A nivel de su implantación en el intestino, el divertículo comunica ampliamente con la cavidad del tubo entérico, pero su extremo distal termina en fondo de saco, al cual sigue un cordón fibroso más ó menos largo, macizo, es decir, que no tiene ya cavidad ó luz ninguna, y que se inserta en la cara profunda del ombligo.

3.º Persistencia de los vasos onfalomesentéricos únicamente. — Estos vasos van del ombligo al mesenterio. — Esta disposición

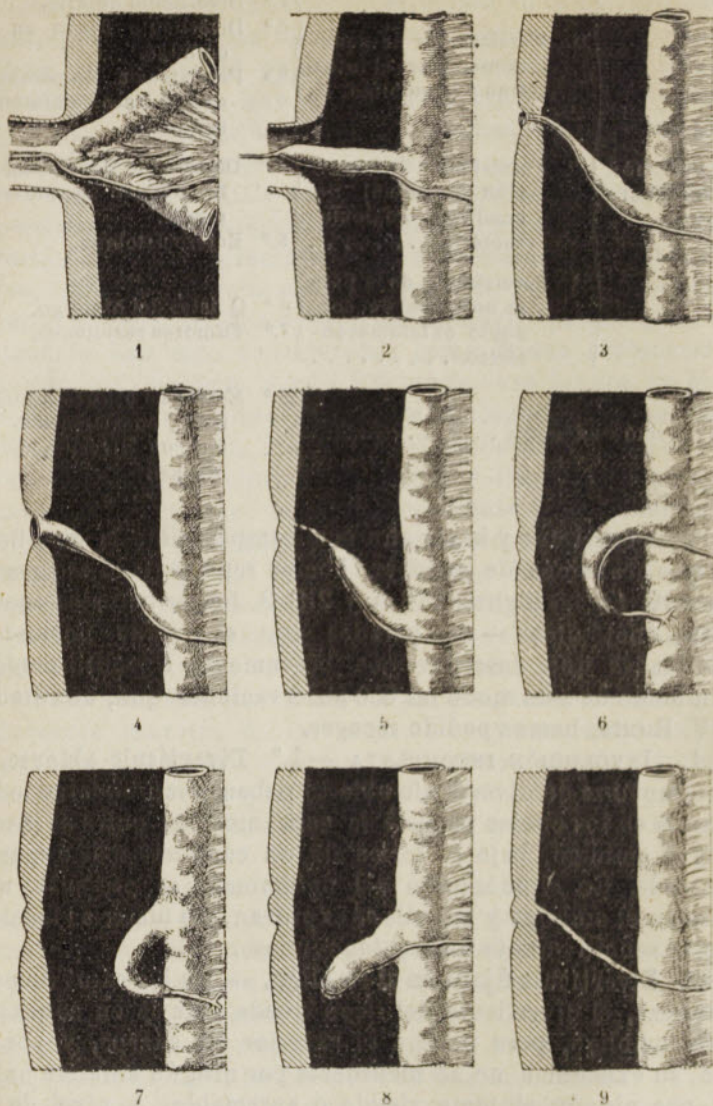


Fig. 218 A

1, asa vitelina del intestino y conducto vitelino en el embrión. — 2, conducto vitelino cuya porción abdominal se ha desarrollado formando un divertículo del intestino, el cual se introduce en el cordón (feto). — 3, divertículo abierto. — 4, divertículo abierto del tipo Lexer, obliterado en su parte media. — 5, divertículo fijado en el ombligo. — 6, divertículo fijado en el intestino por medio de un cordón fibroso, vestigio de los vasos onfalomesentéricos. — 7, divertículo fijado al mesenterio mediante un cordón fibroso, vestigio de los vasos onfalomesentéricos. — 8, divertículo libre. — 9, vasos onfalomesentéricos persistentes bajo la forma de un cordón fibroso que va del mesenterio al ombligo.

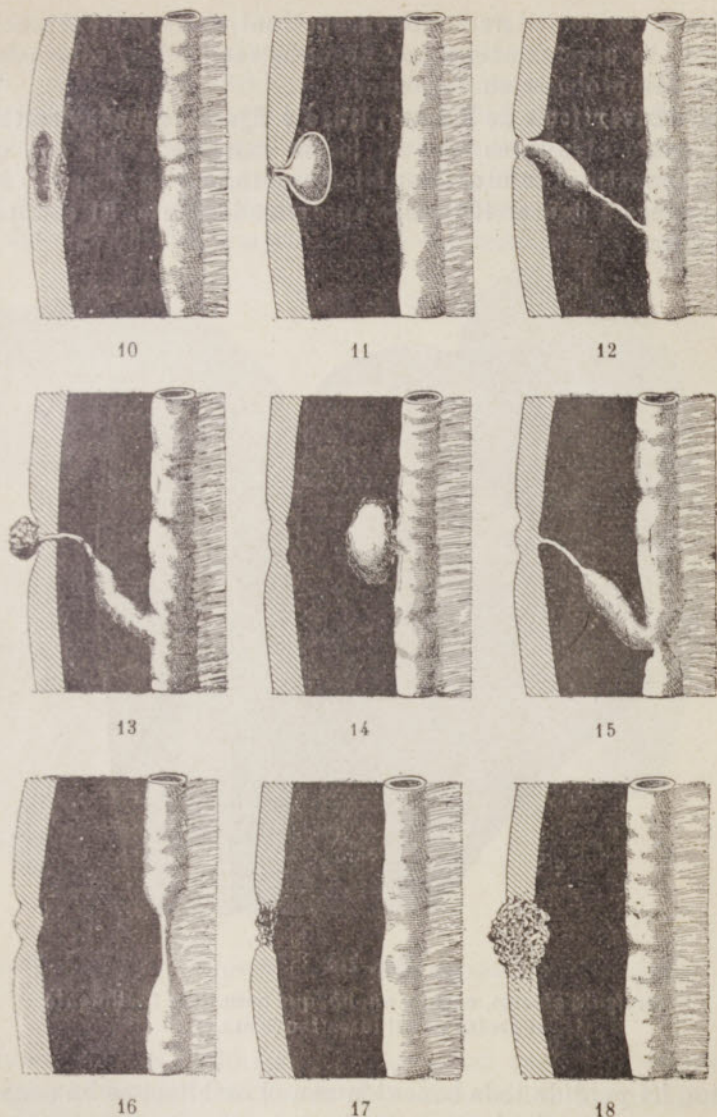


Fig. 218 B

10, quiste intraparietal del ombligo (Zümwinkel). — 11, quiste subperitoneal del ombligo (Roser). — 12, quiste unido al intestino por un cordón fibroso (Heaton). — 13, tumor adenoido diverticular, coexistiendo con un divertículo fijado al ombligo (Walther). — 14, enterocistoma de origen vitelino. — 15, estrechez congénita del intestino en el punto de implantación del divertículo (Bland-Sutton). — 16, atresia congénita del ileon en un punto correspondiente a la inserción del conducto vitelino, originada por la regresión excesiva de este conducto. — 17, vestigios ó residuos onfalomesentéricos incluidos en la cicatriz umbilical. — 18, epiteloma cilindrico primitivo del ombligo, de tipo intestinal y de origen vitelino (FORCUE y RICHE).

anatómica es verdaderamente excepcional, pues entre el crecido número de observaciones por nosotros realizadas, sólo hemos podido comprobarla en dos casos.

4.º Divertículo de Meckel, libre ó fijado secundariamente. — Sin duda alguna es esta la forma más frecuente con que vemos persistir el conducto onfalomesentérico: en nuestra estadística llega á figurar 400 veces aproximadamente. El conducto

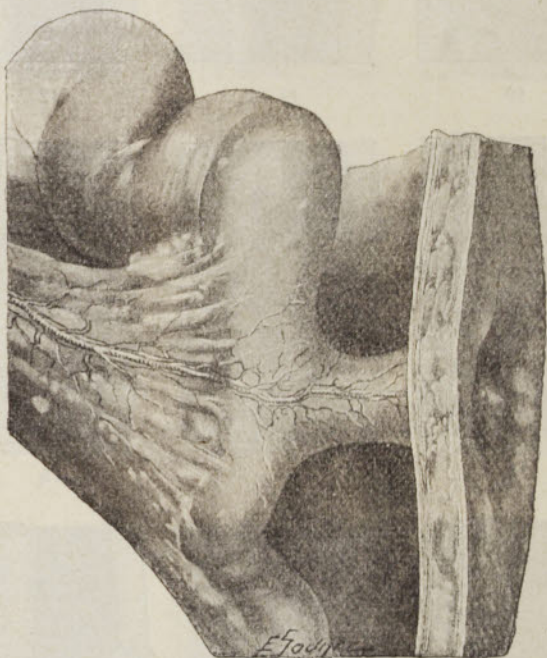


Fig. 219

Divertículo abierto, corto y ancho, que permitirá fácilmente el prolapso del intestino (KELLY)

vitelino ha perdido toda conexión con el ombligo; se ha convertido en un divertículo á modo de dedo de guante, que puede llegar á tener el calibre del intestino. Este divertículo puede estar enteramente libre en la cavidad abdominal; puede también estar fijado, ya directamente, ya por medio de un cordón fibroso, á diversos puntos de la cavidad abdominal ó á las vísceras.

5.º Enterocistomas. — Únicamente persiste la parte del conducto onfalomesentérico unida al intestino, pero presenta pro-

fundas modificaciones: se ha hecho quística, y puede conservar ó no su antigua comunicación con la cavidad del ileon.

6.º Quistes del ombligo. — El conducto onfalomesentérico persiste únicamente en su porción umbilical. Se observan en tal caso quistes del ombligo, cuya situación intraparietal es variable.

7.º Tumores umbilicales residuales. — Con esta denominación describimos los tumores sólidos del ombligo que provienen

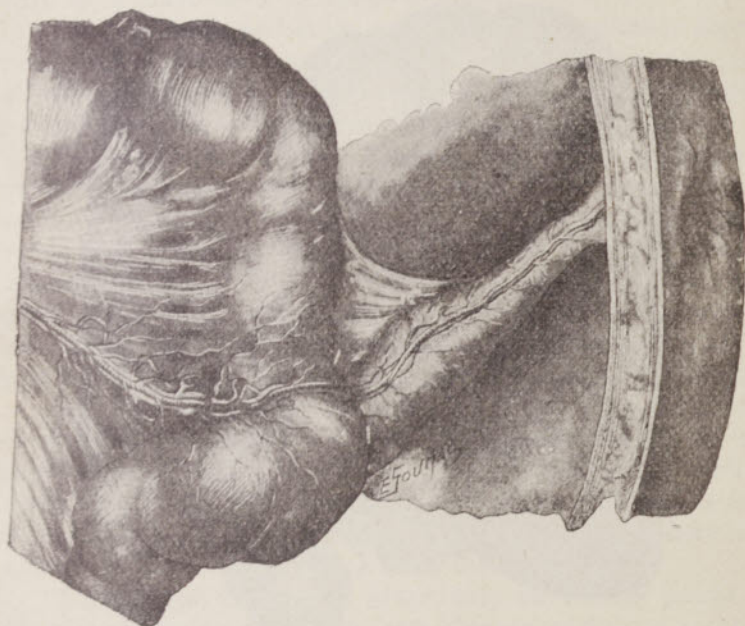


Fig. 220

Divertículo abierto, alargado y cónico, con pequeño orificio umbilical (KELLY)

evidentemente de residuos ó vestigios del conducto vitelino. Este grupo comprende los tumores adenoides diverticulares y los epitelomas cilíndricos primitivos del ombligo.

B. INVOLUCIÓN EXCESIVA. — «Normalmente, dice BLAND-SUTTON, la obliteración del conducto vitelino se detiene en el punto de su continuidad con el intestino, con el ileon; pero á veces el proceso obliterante excede los límites normales y alcanza hasta la pared del intestino, originando en ella un surco poco profundo, el cual corresponde á un diafragma con perforación central que se encuentra en el interior del conducto

entérico. Este surco puede llegar á ser muy pronunciado, quedando así el íleon dividido en dos porciones unidas por un delgado cordón apenas permeable y á veces hasta completamente separadas una de otra.»

III. ESTUDIO ANATÓMICO DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL.—El divertículo de Meckel, ó por otro nombre *divertículo verdadero* del intestino delgado (Meckel), no debe ser confundido con los *falsos divertículos*.

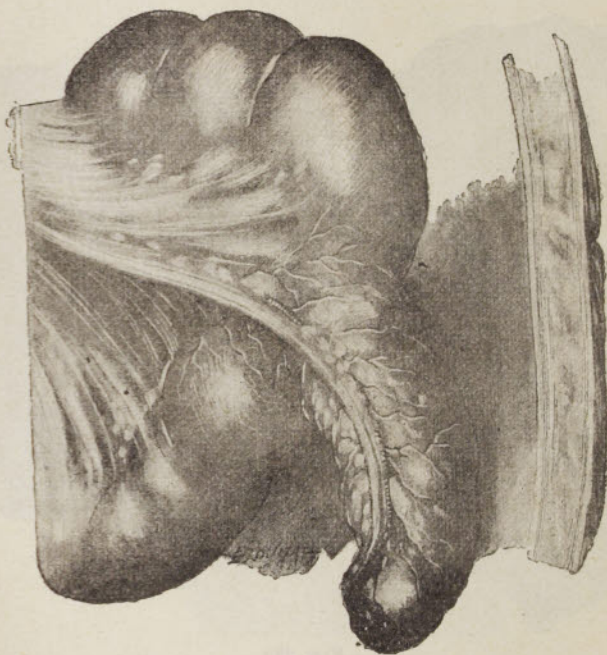


Fig. 221

Divertículo en posición baja, es decir, péndulo hacia la porción inferior del abdomen (KELLY)

Los falsos divertículos son *múltiples*; pueden encontrarse en toda la extensión del tubo digestivo; sus paredes, delgadas y transparentes, están constituídas sólo por el adosamiento de la mucosa intestinal y el peritoneo, y no se hallan en ellas fibras musculares.

El divertículo de Meckel ó *divertículo verdadero* es *siempre único*. Existe por término medio en un individuo entre 70, observándose más á menudo en el hombre que en la mujer (FORGUE y RICHE). Radica ordinariamente en la porción terminal del

íleon, á cierta distancia del ciego, variable entre algunos centímetros y un metro; como cifras extremas podemos citar las siguientes: 3 centímetros (WERNHER), 2'30 metros (KEEFE) y 3 metros (ROLLESTON); en nuestras observaciones hemos hallado como distancia media la de 63 centímetros. Se implanta habitualmente, aunque no siempre, en la convexidad del asa del íleon, por lo común formando ángulo recto. Su longitud varía de 5 á 20 centímetros; su calibre puede igualar al del intestino, pero en la mayoría de los casos es menor.

El divertículo de Meckel se presenta bajo muchos aspectos: unas veces es absolutamente libre y flotante en la cavidad abdominal, al paso que otras veces está fijado en diferentes puntos de dicha cavidad ó en diversas vísceras.

Prescindiendo de toda alteración patológica, la disposición en que más frecuentemente se observa el divertículo de Meckel es la de divertículo *libre*: su forma es variable, siendo unas veces cónico, otras fusiforme y en algunas ocasiones moniliforme; su extremidad libre lleva adherido á veces una especie de páncreas accesorio (NEUMANN, BIZE), un lipoma subseroso (STABEMAUCH, ZUM BUSCH). En algunos individuos existe un meso más ó menos desarrollado, que procede del mesenterio común.

Siendo como son movibles con el intestino delgado, los divertículos libres pueden ocupar posiciones diversas en la cavidad abdominal; no obstante, su implantación ordinaria cerca de la última porción del íleon, es causa de que se hallen situados con preferencia en el cuadrante inferior derecho del abdomen, más ó menos cerca de la fosa iliaca.

Alguna que otra vez el divertículo de Meckel puede estar fijo al ombligo: en ocasiones, esta fijación es directa y el divertículo queda abierto al exterior, constituyendo de este modo una fistula enteroumbilical diverticular; en otros casos el extremo ciego del divertículo se prolonga con un cordón fibroso que va á insertarse en la cara profunda del ombligo.

En casos más raros todavía este cordón fibroso va á fijarse al mesenterio ó á las vísceras.

Este *filum terminale* viene á representar ya la porción distal del mismo conducto onfalomesentérico, ya los vasos onfalomesentéricos permeables en una extensión mayor ó menor, ó transformados por completo en un cordón fibroso.

La configuración interna del divertículo recuerda exactamente la del intestino en que está implantado: en él se hallan bien desarrolladas, en toda su extensión, las válvulas conni-ventes y las vellosidades; en cambio, las placas de Peyer sólo

excepcionalmente se encuentran en sus tunicas. De ordinario, no hay válvula ninguna en el punto en que el divertículo desemboca en el intestino. La estructura del divertículo es exactamente igual á la del intestino, constando por tanto sus paredes de las cuatro tunicas serosa, muscular, submucosa y mucosa.

MECKEL creía que el divertículo verdadero coexistía á menudo con otras deformidades congénitas. Por nuestra parte, deducimos de las investigaciones que hemos llevado á cabo, que esa pretendida coincidencia no solamente no puede considerarse como habitual, sino que más bien constituye una rareza, aun cuando hasta ahora no resulta posible establecer las correspondientes proporciones.

PATOLOGÍA DE LOS RESIDUOS ONFALOMESENTÉRICOS

No se crea que la persistencia de vestigios ó restos onfalomesentéricos sea un hecho de interés puramente anatómico: el clínico debe tener conocimiento exacto del mismo, si quiere, en determinadas circunstancias, precisar un diagnóstico y establecer y cumplir, cual conviene, indicaciones terapéuticas racionales.

El *divertículo de Meckel* es un factor importante, y á pesar de ello largo tiempo desconocido, de la *oclusión intestinal*; del mismo modo que el apéndice, puede ser asiento de inflamaciones agudas ó crónicas, que recibirán el nombre de *diverticulitis*; puede también constituir el contenido de una *hernia*. Además, ciertos *quistes yuxtaintestinales* parece que deben su origen á la persistencia parcial del conducto onfalomesentérico.

A esta patología *intraabdominal* de los residuos onfalomesentéricos debemos añadir todavía una patología *umbilical*, en la que debemos estudiar: las *hernias umbilicales diverticulares*, el *divertículo abierto y sus complicaciones*, los *tumores adenoides diverticulares* de Lannelongue y Frémont, y los *epiteliomas cilíndricos primitivos del ombligo*.

§ 1.º — OCLUSIÓN INTESTINAL CAUSADA POR EL DIVERTÍCULO DE MECKEL

El divertículo de Meckel, que es la forma más común con que persiste el conducto onfalomesentérico, puede ocasionar accidentes de oclusión intestinal por muchos mecanismos, estudiados por PARISE, CAZIN, BÉRARD y DELORE, HALSTEAD,

HILGENREINER y por nosotros, que en la monografía que recientemente publicamos hemos podido reunir muy cerca de 300 observaciones clínicas de estrangulación interna debida al divertículo de Meckel.

Etiología. — Es difícil apreciar la *frecuencia* de esta variedad de oclusión intestinal.

Según FITZ, el divertículo de Meckel debe ser considerado como factor causal en un 5 por 100 de los casos de oclusión aguda del intestino. La *herencia* juega en ello un papel indirecto, por la reproducción posible de este vicio de conformación. La *edad* parece tener cierta importancia: nuestra estadística demuestra que el período de mayor frecuencia se extiende de los quince á los veinticinco años; en un 76 por 100 de los casos observados se trataba de individuos de menos de treinta años de edad. El *sexo masculino* es más frecuentemente afecto que el femenino, en la proporción de cinco hombres por una mujer. Las causas ocasionales no son particulares á esta variedad de oclusión. El divertículo libre y normal sólo excepcionalmente da lugar á accidentes de oclusión: éstos se observan con preferencia cuando el divertículo está primitivamente fijado en un punto cualquiera del abdomen. La fijación del divertículo á veces es resultado de una diverticulitis anterior, pero mucho más á menudo es congénita.

Anatomía patológica y mecanismo. — Exceptuando alguno que otro caso verdaderamente raro, la oclusión diverticular se produce por un mecanismo análogo al de las demás variedades de oclusión. Deberemos ocuparnos sucesivamente de la oclusión diverticular motivada por: 1.º *vicios de posición*; 2.º *compresión*; 3.º *obstrucción*; 4.º *estrecheces, cancerosas ó no*. En realidad, las dos primeras variedades son las que dan origen al mayor número de casos.

1.º **VICIOS DE POSICIÓN.**—I. *Invaginación.* — El divertículo se invierte á modo de dedo de guante, de tal manera que su cavidad resulta así limitada por su revestimiento peritoneal y penetra de este modo en el íleon. En un *primer grado*, únicamente el divertículo está invaginado en el íleon; en un *segundo grado*, ha arrastrado consecutivamente el asa aferente, constituyendo con ello una *invaginación del íleon* que podríamos llamar *invaginación intestinal diverticular*; en un *tercer grado*, el tumor de invaginación ha llegado á franquear la válvula íleocecal, dando así lugar á la *invaginación íleocecal diverticular ó íleocólica diverticular*. Las lesiones nada ofrecen de particular. Hase observado alguna vez la eliminación con las heces fecales de la porción

de ileon invaginada con el divertículo implantado en la misma (O'CONNOR).

II. *Vólvulo*. — El vólvulo se caracteriza por la torsión del divertículo sobre su eje longitudinal, torsión que puede llegar á ser de una, dos ó más vueltas completas; con ello queda borrada la luz del divertículo y se producen graves trastornos circulatorios en sus paredes. Ordinariamente se trata sólo del *vólvulo del divertículo*; alguna que otra vez se observa la complicación con el *vólvulo del intestino*. Las lesiones son precoces y graves: la gangrena es rápida y por regla general sobreviene la peritonitis, aun cuando no exista perforación. El vólvulo suele afectar especialmente los divertículos libres, pero se le ha visto también en divertículos fijados por su extremo distal.

III. *Torsiones del intestino*. — En unas ocasiones se trata de una *torsión del intestino sobre su eje longitudinal*, ocasionada porque el peso de un divertículo lleno de materias le ha hecho bascular sobre sí mismo; en otros casos se observa una *torsión del intestino alrededor del eje del mesenterio*.

IV. *Acodamientos del intestino*. — El intestino puede acodarse *sobre un divertículo distendido ó estirado*: es un divertículo fijado al ombligo por encima del cual vienen á colocarse las asas del intestino delgado, que se dejan caer á cada lado por su mismo peso, quedando con ello borrada la luz de las mismas. En otras circunstancias el acodamiento tiene lugar por *tracción*: es un divertículo libre repleto y pesado que tira del intestino, ó tal vez un divertículo fijo, en cuya implantación intestinal se produce un «doblamiento», un ángulo, bajo la influencia de una causa ocasional cualquiera, á consecuencia de una repleción brusca del intestino, por ejemplo.

2.º COMPRESIÓN DEL INTESTINO. — Constituye el mecanismo más frecuente de oclusión intestinal diverticular.

Un divertículo *libre* puede arrollarse alrededor de las asas, formando *nudos diverticulares* (PARISE) más ó menos complejos: estos hechos son, sin embargo, muy raros. Más á menudo el intestino va á pasar por debajo de *bridas* ó dentro de anillos que forma el divertículo *fijado* en tal ó cual punto. La fijación al *mesenterio* es, con mucho, la más frecuente, siendo casi siempre congénita. El anillo puede ser casi completo. Mas rara vez el agente de estrangulación está constituido por el meso ó por *bridas* que vienen á ser vestigios de los antiguos vasos onfalo-mesentéricos.

3.º OBSTRUCCIÓN PROPIAMENTE DICHA. — Sólo actúa en estos casos favoreciendo la producción de vicios de posición.

4.º ESTENOSIS DEL INTESTINO. — No pueden considerarse como hechos excepcionales y la mayor parte de ellas parecen ser de origen congénito. Cuando no ocasionan por sí mismas accidentes graves, obran favoreciendo la obstrucción y consecutivamente los vicios de posición secundarios, por exageración del peristaltismo normal.

Obsérvanse además en la práctica *casos complejos*, en los cuales pueden combinarse varios de los mecanismos que acabamos de describir.

Estudio clínico. — La oclusión intestinal, ocasionada por el divertículo de Meckel, cualquiera que sea el mecanismo por el que se haya producido, se presenta generalmente bajo la forma de la oclusión aguda: su principio es repentino, su marcha es rápida y la terminación es fatal si se abandona el proceso á sí mismo. Sin embargo, no es raro hallar en la historia clínica de los enfermos, algunos trastornos morbosos por parte del intestino.

En ciertos casos quizá pueda tratarse de una diverticulitis anterior. Sin embargo, á nuestro entender — y creemos haberlo demostrado plenamente— estos accidentes están á menudo relacionados con la fijación congénita del divertículo: los hemos descrito con el nombre de «*pequeños accidentes ocasionados por el diverticulum fijo*». Únicamente la exageración de los mismos da lugar á la oclusión.

Los *síntomas funcionales y generales* nada ofrecen de particular en esta variedad de la oclusión. Los *signos físicos* difieren ligeramente según se trate de una invaginación, de un vólvulo, ó de una estrangulación por una brida ó por un anillo. No presentan, sin embargo, ningún carácter patognomónico.

La muerte es fatal si no se interviene precozmente: en los casos de mediana intensidad sobreviene del cuarto al octavo día: puede presentarse con más rapidez, en cuarenta y ocho horas (BOUGON, ANNEQUIN, ULRICH), en veinte horas (JAMAIN) y aun en diez horas (ROY).

Indicaciones de la intervención. — No hay, según ya hemos indicado, síntomas patognomónicos de la oclusión diverticular. Únicamente la existencia en los primeros años de la vida de una fístula umbilical estercorea congénita, ó de un tumor adenoide diverticular, podrá hacernos sospechar la verdadera causa de los accidentes en un individuo afecto de oclusión intestinal aguda: no obstante, es excepcional que podamos contar con tales datos. De todos modos, el diagnóstico de oclusión intestinal aguda basta para imponer la laparotomía: se traza

una incisión en la línea media y por ella se practica una *evisceración* rápida, si el estado general del enfermo lo permite. Este es el mejor medio para encontrar y separar fácilmente el obstáculo: se practicará la escisión total del divertículo; tal vez sea necesario hacer también una resección más ó menos extensa del intestino.

§ 2.º — DIVERTICULITIS

PICQUÉ y GUILLEMOT, en su comunicación al Congreso francés de Cirugía del año 1897, fueron los primeros que se ocuparon de la «supuración del divertículo de MECKEL, simulando una apendicitis». Desde aquella fecha han sido publicados numerosos casos clínicos y la diverticulitis ha sido estudiada por DENECKE y HILGENREINER, en Alemania, y por BLANC, CAHIER y nosotros en Francia.

Etiología y patogenia. — En realidad no es muy grande la *frecuencia absoluta* de la diverticulitis, puesto que el divertículo de Meckel es un órgano inconstante: por otra parte, de la comparación establecida desde los puntos de vista anatómico y fisiológico entre el divertículo y el apéndice cecal, parece resultar que la diverticulitis debe ser *relativamente* menos frecuente que la apendicitis, pero que, en cambio, ofrece un carácter de gravedad mucho mayor. El divertículo *libre*, situado hacia la parte baja del abdomen, es el que se afecta con mucha más frecuencia que las demás variedades. La diverticulitis se observa especialmente en los jóvenes, pero se presenta también en los adultos. Se ha atribuido este proceso flegmático algunas veces á un traumatismo, más á menudo á cuerpos extraños, á parásitos intestinales, á trastornos mecánicos de la circulación. En último análisis se trata de una verdadera *infección*, casi siempre de origen intestinal, cuyos agentes han sido poco estudiados todavía. La cavidad cerrada, es decir, la infección del divertículo constituyendo una cavidad cerrada, nos parece un hecho excepcional.

Anatomía patológica. — La *diverticulitis* puede ser simplemente inflamatoria ó gangrenosa; las perforaciones son frecuentes en las formas agudas. Las lesiones microscópicas son análogas á las de la apendicitis: «foliculitis, perifoliculitis, linfangitis, son los tres anillos de la cadena anatomopatológica» (MACAIGNE y BLANC). Las lesiones y perforaciones *tíficas* (GALTON, HALSTEAD, BONNET y DELANGLADE) ó *tuberculosas* (ANTONELLI, FITZ,

DIXON) del divertículo, ningún carácter especial ofrecen, aun sin llegar á la perforación (MAUCLAIRE).

Por parte del *peritoneo* se observa unas veces una *peritonitis generalizada* y otras una *peritonitis localizada*. Es interesante notar que, habida razón del sitio que habitualmente ocupa el divertículo en plena cavidad abdominal, en medio de las asas del intestino delgado, toda inflamación peridiverticular circunscrita tendrá por resultado inmovilizar las asas inmediatas, con lo cual se producirán algunas veces acodamientos que pueden ser luego factores de oclusión. No es raro que al practicar la laparotomía se pueda apreciar la coexistencia de lesiones de *estrangulación intestinal*, en diversos grados. El *apéndice cecal* casi siempre está sano.

Estudio clínico. — La diverticulitis carece de fisonomía clínica especial: se presenta de ordinario, ya con el cuadro de una oclusión intestinal, ya con el de una peritonitis generalizada ó localizada, según los casos.

El *comienzo* es casi siempre *brusco, repentino*, sorprendiendo al individuo en plena salud, en pleno trabajo. El *dolor* es el primer síntoma; se presenta súbitamente y es variable en su intensidad y en su localización. Los *vómitos* no tardan en presentarse después del dolor; la *detención de las materias y gases contenidos en el intestino* es otro síntoma frecuentemente observado. Desde el punto de vista de la evolución de la enfermedad es preciso admitir y diferenciar varias formas clínicas:

1.^a DIVERTICULITIS SIMPLE, Ó PARIETAL, AGUDA. — Es muy rara, sin duda á causa de que es sencillamente desconocida en la mayor parte de los casos. En el enfermo se observa un estado gástrico, con inapetencia; los vómitos son raros. Se nota una ligera elevación térmica con algo de taquicardia. Por la exploración clínica se aprecia defensa muscular de la pared abdominal, y dolor á la presión en un punto variable, ya sea en la región periumbilical, ya sea más ó menos cerca de la fosa ilíaca derecha.

Esta forma es realmente benigna en sus manifestaciones clínicas, pero es probable que la alteración primitiva del divertículo venga luego á favorecer su reinfección.

2.^a DIVERTICULITIS CON PERITONITIS ENQUISTADA. — Esta forma es ya mejor conocida. Se presenta con una exageración y una persistencia marcadas de los síntomas funcionales y generales, y con síntomas de localización más ó menos evidentes, pero que tampoco pueden considerarse como característicos. Los dolores tienden á localizarse, los vómitos persisten muchos

días; á veces existe detención del curso de las materias contenidas en el intestino, pero sólo en raros casos es absoluta. El estado general está gravemente afecto: la temperatura puede pasar de 39° y el pulso latir más de 120 veces por minuto. El examen local permite apreciar signos de peritonitis enquistada en la parte inferior del abdomen, ya hacia la fosa iliaca derecha, ya en la zona hipogástrica, ó quizá en la región periumbilical, y hasta, alguna vez, en la fosa iliaca *izquierda*, circunstancia que se explica muy bien por la variedad de localización y la movilidad del divertículo. Puede el proceso terminar por *resolución*, si bien dejando, como huellas de su paso, peligrosas adherencias; excepcionalmente el absceso marcha hacia la pared del abdomen (KRAMER); alguna vez el divertículo supurado se ha abierto en la vejiga urinaria (BEACH) ó en el intestino (CARRIÈRE): á menudo en pos de la peritonitis localizada se desarrolla una peritonitis generalizada séptica.

3.^a DIVERTICULITIS CON PERITONITIS GENERALIZADA. — La perforación del divertículo es un hecho frecuente, pero no constante (KEEFE). El cuadro clínico es el de la peritonitis generalizada, sin ninguna particularidad notable. El único signo que tiene algún valor, es un síntoma del comienzo del mal, síntoma que por otra parte es inconstante: nos referimos á la localización del dolor inicial en la fosa iliaca derecha ó en sus inmediaciones, pero en realidad, hablando lógicamente, esta circunstancia más bien nos inclinará á pensar que el origen de la afección está en el apéndice cecal.

4.^a DIVERTICULITIS CON PERITONITIS SÉPTICA.—Es la peritonitis séptica clásica, con tendencia á la hipotermia y al colapso. MAUCLAIRE ha podido observarla en algún caso, aun sin haber tenido lugar ninguna perforación del divertículo.

5.^a DIVERTICULITIS CRÓNICA, CON RECIDIVAS Ó SIN ELLAS. — La diverticulitis crónica simple parece haber sido siempre desconocida. La diverticulitis crónica con recidivas simula la apendicitis con recaídas y ha sido siempre confundida con esta enfermedad.

El *pronóstico* de la diverticulitis es grave, aun tratándose de sus formas ligeras, puesto que ejerce precozmente gran influencia sobre el peritoneo y las asas inmediatas del intestino delgado.

No existe ningún síntoma típico y seguro que permita establecer con certeza el *diagnóstico* de la diverticulitis. Se sospechará la *oclusión intestinal* ó la *apendicitis* antes de acertar en que el punto de partida de los fenómenos morbosos puede localizarse en un órgano que sólo existe aproximadamente en un 2 á

un 4 por 100 de los individuos normales. Claro es que no ocurrirá lo mismo en los casos en que haya motivo fundado para suponer que existe el divertículo de Meckel (fístula umbilical congénita, tumor adenoide diverticular); preciso es decir, sin embargo, que los hechos apuntados son bastante raros.

El *tratamiento* debe ser, en primer término, *profiláctico*: todo divertículo, hallado accidentalmente en el curso de una intervención cruenta cualquiera, deberá ser extirpado, aun cuando estuviere enteramente sano. Cuando hay realmente manifestaciones patológicas nos hallaremos, al abrir el vientre, ante una peritonitis generalizada ó una peritonitis localizada. En los casos de *peritonitis generalizada*, cuando la causa de la misma no resulte evidente, deberá pensarse en el divertículo de Meckel como factor etiológico probable, después de haber explorado cuidadosamente el estómago, el duodeno, la vesícula biliar y el apéndice: se reconocerán con detenimiento *cuando menos los últimos metros del intestino delgado, comenzando esta exploración por el ciego*. Siempre que sea posible llevarla á cabo se impone en estos casos la resección del divertículo.

§ 3.º — HERNIAS DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL HERNIAS DE LITTRÉ

Además de las hernias umbilicales, que en realidad dan pie á consideraciones particulares, el divertículo de Meckel puede hallarse en el saco de otras hernias, ya aisladamente (hernias de Littré), ya acompañando á una ó más asas de intestino delgado. Estas hernias fueron ya señaladas por RUYSCHE, descritas acertadamente, aunque mal interpretadas, por LITTRÉ en 1700, y han sido estudiadas en estos últimos tiempos por TÉDENAT, EKEHOR, PAYR y FORGUE.

Han sido observadas en *todas las edades* y con mayor frecuencia en el hombre. Las hernias *inguinales* son, con mucho, las más comunes, observándose bastante á menudo en el *lado izquierdo*. A continuación deben citarse las hernias *crurales*. BERGER y PAYR han publicado casos de hernia *obturatriz*.

El divertículo de Meckel puede formar por sí solo el contenido de la hernia.

En ocasiones ha sido hallado adherente al saco herniario (MIGNON, HOWSE), ó al testículo (ANNANDALE, MARIOTTI, SIRON, VON KARAJAN). A veces se nota la presencia simultánea de una ó de varias asas de intestino delgado (KIRMISSON, MÈRY, MITCHELL, AUVRAY, ALGLAVE), y en algún caso del asa sigmoidea

(HUNTER). No puede negarse la *estrangulación diverticular*, y se observa con más frecuencia en las hernias crurales (ЕКЕНОР, MINTER, R. SMITH): también existe la *diverticulitis herniaria* (BROCA), afirmando este último autor que dicho proceso flemático precede á la estrangulación.

Clinicamente un divertículo adherente puede ser causa de *irreducibilidad incompleta* de una hernia, dejando persistir en el trayecto herniario un cordón más ó menos claramente perceptible. La verdadera hernia de Littré, ó hernia del divertículo solo y aislado, cuando está *estrangulada* se caracteriza por la falta casi completa de los síntomas de la estrangulación intestinal y por el predominio de los signos locales. Los accidentes graves son debidos á complicaciones secundarias. En los casos no sometidos á un tratamiento adecuado, se forma un flemón estercoráceo, seguido luego de una fistula (GROSS, HILGENREINER, TÉDENAT).

El diagnóstico de las hernias de Littré apenas resulta posible antes de la intervención. Cuando en una región herniaria observamos una fistula estercorácea, podremos sospechar que se trata de una fistula del divertículo, si los conmemorativos nos dicen que se estableció un trayecto fistuloso sin ocasionar una muy acentuada reacción general. Téngase en cuenta, no obstante, que á menudo se observa lo mismo en las hernias en que sólo hay enclavamiento lateral del intestino.

Siempre que en el curso de la cura radical de una hernia cualquiera encontremos un divertículo de Meckel, deberemos extirparlo sin ningún género de duda. De igual modo todo divertículo de Meckel hallado casualmente en el curso de una quelotomía motivada por accidentes herniarios será resecao en la proximidad del intestino.

§ 4.º — ENTEROCISTOMAS DE ORIGEN VITELINO

Son debidos á la persistencia de la porción yuxtaintestinal del conducto vitelino; digamos, sin embargo, que no todos los quistes yuxtaintestinales reconocen el mismo origen vitelino. Descritos por ROTH con el nombre de enterocistomas, han sido estudiados luego en Alemania, por RUNKEL, RIMBACH, GFELLER y COLMERS, y en Francia por TERRIER y LECÈNE, con la denominación de quistes enteroides, y también por nosotros.

Obsérvanse con preferencia en los individuos jóvenes y más particularmente en el sexo femenino. Radican, en la mayor parte de los casos, en la porción terminal del íleon. Por lo

común son sesiles, pero pueden también ser más ó menos pediculizados. Según sus relaciones con las tónicas del intestino, han sido divididos en *submucosos*, *intersticiales* y *subserosos*. La cavidad, generalmente unilocular, rara vez comunica con la del intestino. Por lo que se refiere á su estructura, diremos que, histológicamente, en la mayor parte de los casos puede reconocerse en ellos la misma textura del intestino delgado: á veces presentan degeneraciones malignas.

Los enterocistomas constituyen á menudo un fenómeno hallado sólo accidentalmente en la autopsia. Cuando dan lugar á síntomas intestinales, éstos nada tienen de característico: con bastante frecuencia se les ha visto ocasionar accidentes de oclusión intestinal por diversos mecanismos. El *diagnóstico* de estos enterocistomas no ha podido establecerse en ningún caso. El *pronóstico* resulta grave, si se tienen en cuenta los accidentes de oclusión intestinal, siempre posibles. El *tratamiento* consistirá en la extirpación total del quiste mediante la laparotomía.

§ 5.º — HERNIAS UMBILICALES DIVERTICULARES

Existen consignados en la literatura médica algunos casos de *hernias umbilicales congénitas* cuyo contenido era el divertículo de Meckel. Ordinariamente el divertículo está adherido al saco herniario: también alguna vez en estas circunstancias aparece *abierto* al exterior, dando origen á una fístula estercorácea.

§ 6.º — DIVERTÍCULO ABIERTO

Cuando el conducto onfalomesentérico ha quedado permeable hasta el momento del nacimiento, puede abrirse al exterior, en el ombligo, en el momento de la caída del cordón umbilical. En tal caso, generalmente, queda establecida una fístula *enteroumbilical*; no obstante, algunas veces queda interrumpida la comunicación con el intestino, porque el mencionado conducto se ha obliterado en algún punto de su trayecto (LEXER).

MECKEL conoció las fistulas estercoráceas congénitas y dejó ya indicada su precisa significación. Entre los trabajos recientes acerca de este asunto deberemos citar, en Alemania, el importante trabajo de ROTH, que en 1881 describió con minuciosidad el prolapso umbilical del divertículo; la interesante memoria de BARTH, que se refiere especialmente al prolapso del intestino á

través del divertículo abierto; la notable tesis de OPHÜLS, y el estudio más reciente de MORIAN. En Francia, han hecho investigaciones sobre el divertículo abierto THÉRÉMIN, FRANCHOMME, KIRMISSON, BROCA y nosotros.

Etiología. — En nuestra estadística general el divertículo abierto representa la sexta parte de las afecciones de origen diverticular. Su frecuencia es ocho veces mayor en el sexo masculino. De ordinario es descubierto durante el curso del primer año de la vida, pero puede persistir en el adulto. Casi en la totalidad de los casos la fístula aparece en el momento de la caída del cordón umbilical; algunas veces su aparición es más tardía; sólo excepcionalmente ha podido formarse ya durante la vida intrauterina (BRINDEAU).

Anatomía patológica. — Deben distinguirse dos formas de divertículo abierto, según que se conserve ó no la comunicación con el intestino. De estas dos formas, la que se observa con mucha mayor frecuencia y también la mejor conocida, es la que llega á producir una fístula enteroumbilical: unas veces el divertículo es corto, ancho, y la fístula umbilical tiene grandes dimensiones, circunstancias que motivan el que estos casos se compliquen fácilmente con prolapsos del mismo divertículo y del intestino; otras veces, por el contrario, se trata de un divertículo alargado, cónico, y la fístula umbilical es estrecha, condiciones desfavorables para el prolapso total del divertículo y del intestino. El orificio umbilical, cualesquiera que sean sus dimensiones, ordinariamente está contorneado por un rodete mucoso más ó menos pronunciado, debido al prolapso de la membrana mucosa del divertículo. En un grado más elevado el prolapso del divertículo interesa no sólo á la mucosa sino á todas las tunicas que le constituyen. En lugar del tumorcito mucoso, comparado á una pequeña fresa, se observa en el ombligo un tumor más alargado, cilíndrico, comparado á una bellota, á un pene, tumor en cuya extremidad libre se ve un orificio: este es el tipo conocido con el nombre de *divertículo prominente* de ROTH. En otra forma rara, tipo LEXER, la cavidad diverticular no comunica con el intestino, y el tumor del prolapso, cuando es total, no presenta orificio ni abertura alguna en su extremidad libre: constituye esta forma el llamado *exófalo fusiforme diverticular invertido*, de CHANDELUX.

Cuando el divertículo abierto comunica ampliamente con el intestino, no es raro ver producirse el *prolapso intestinal* á través del orificio del ombligo. El prolapso interesa ordinariamente, aunque de una manera desigual, los dos segmentos aferente y

eferente del intestino: se presenta bajo la forma de un tumor bicornes, de superficie mucosa prolongada en el sentido transversal é implantado perpendicularmente sobre un pedículo cilíndrico que sale por el ombligo. Este tumor intestinal presenta un orificio en cada una de sus extremidades laterales, y por uno de ellos vense salir materias excrementicias. La gangrena se presenta con frecuencia y suele ser bastante precoz.

El *derrame ó flujo* de la fístula umbilical es variable; en unos casos son evidentemente materias intestinales, mientras que en otros casos es un líquido mucoso ó seromucoso, á veces de reacción ácida.

La *estructura* de las paredes del divertículo abierto recuerda la de las del intestino delgado: interesa, no obstante, consignar, que muchos autores han podido ver la mucosa revestir en algunos puntos un aspecto muy particular, que recuerda el de la mucosa del estómago.

Patogenia. — Para explicar la formación de las fístulas enteroumbilicales diverticulares ¿es preciso admitir que el divertículo ha sido pellizcado, incluido, en la ligadura del cordón? No lo cree así BARTH. Según este autor, la adherencia del divertículo al anillo umbilical y su abertura al exterior son dos hechos coetáneos, que se explican uno y otro por la necrosis del muñón umbilical, en el cual queda comprendido el divertículo. No parece que deba rechazarse en absoluto la teoría del pellizcamiento del divertículo en la ligadura del cordón, pero nos vemos obligados á reconocer que por sí sola no basta para explicarnos algunos hechos: fístulas que aparecen antes del nacimiento; fístulas que aparecen en el punto de implantación del cordón en el ombligo cuando la ligadura ha sido practicada á alguna distancia de este último.

Estudio clínico. — Debemos considerar dos formas de divertículo abierto, una de las cuales se complica frecuentemente con prolapso del intestino.

1.º **DIVERTÍCULO ABIERTO, SIN COMUNICACIÓN CON EL INTESTINO.** — Es una forma rara. Cuando cae el cordón se observa en el ombligo un tumor mucoso, rojo vivo, redondeado ó cónico, á veces cilíndrico y en tal caso un poco más voluminoso. Es posible que no presente orificio ninguno: si existe abertura, una sonda introducida por la misma no penetra hasta el intestino.

2.º **DIVERTÍCULO ABIERTO, EN COMUNICACIÓN CON EL INTESTINO.** — Es la forma común. El tumor umbilical presenta los mismos caracteres que en la forma precedente, pero se diferen-

cia por la presencia *constante* de un orificio, á través del cual puede introducirse una sonda hasta el intestino. El derrame de materias excrementicias por el ombligo es variable; puede darse el caso de que no exista tal derrame. Cuando la fistula es estrecha y el prolapso diverticular poco marcado, puede observarse alguna que otra vez la obliteración espontánea de aquélla: Si el orificio es ancho, puede observarse el prolapso total del divertículo, que se hace irreducible, ó se complica á veces con prolapso del intestino.

3.º PROLAPSO UMBILICAL DEL INTESTINO, Á TRAVÉS DEL DIVERTÍCULO ABIERTO. — Por debajo del ombligo, sobre la pared del abdomen, se ve un tumor bicorne, en forma de T invertida (L) ó de una S mayúscula colocada horizontalmente (∞), tumor cuya parte media está unida al ombligo por un corto pedículo. Presenta todos los caracteres de la mucosa intestinal, reconociéndose en ella las válvulas conniventes y el aspecto vellosos característico. En los dos extremos de la rama transversal se encuentra un orificio; por uno de ellos, el del segmento aferente, se escapan ó fluyen materias excrementicias. Por lo común, en estos casos sobreviene la estrangulación por el anillo umbilical y la gangrena se presenta precozmente: cuando esto ocurre, los accidentes propios de la oclusión del intestino acaban con la vida del enfermito.

El *pronóstico* es grave, en primer lugar por la existencia de la brida íleoumbilical, y en segundo lugar por la posibilidad de complicaciones: prolapso del divertículo, el cual sirve de cebo al prolapso del intestino, que, por otra parte, también puede sobrevenir repentinamente.

Tratamiento. — *Siempre, siempre debe intervenir.* — El único tratamiento racional y lógico consiste en practicar lo que podríamos llamar *cura radical*, es decir, suprimir por completo el divertículo, seccionándolo al ras del intestino. Únicamente de este modo queda el enfermo al abrigo de accidentes ulteriores. No puede considerarse como contraindicación del acto operatorio la tierna edad de los pacientes, máxime cuando haya motivo para temer que sobrevenga el prolapso intestinal.

Cuando exista ya el prolapso del intestino, deberá procederse á la laparotomía: el intestino prolapsado y segmentos adyacentes serán tratados de diversa manera, según las circunstancias del caso.

§ 7.º — TUMORES DEL OMBLIGO DE ORIGEN DIVERTICULAR

Con esta denominación se abarcan variadas formaciones tumorales que únicamente tienen de común su patogenia: deben su origen á vestigios ó residuos de la porción umbilical del conducto vitelino. Clínicamente pueden dividirse en tumores *benignos* y tumores *malignos*.

I. TUMORES BENIGNOS. — 1.º *Quistes del ombligo de origen diverticular*. — Se han observado raras veces. Su situación intraparietal es variable: pueden ser *subcutáneos* (ZUMWINKEL) ó *subperitoneales* (ROSER), y á veces están unidos al intestino por un cordón fibroso (HEATON). En algunos casos están cerrados por completo, pero también pueden estar congénitamente abiertos en el ombligo. Su estructura recuerda la del intestino delgado; en algunos ejemplares se ha hallado en su interior una mucosa del tipo de la del estómago.

2.º *Tumores adenoides diverticulares*. — Fueron descritos en 1871 por KOLACZEK con el nombre de *enteroteratomas*, lo mismo que por KÜSTNER, en 1877, quien les denominó *adenomas del ombligo*, y han sido perfectamente estudiados en Francia por LANNELONGUE y FRÉMONT en una concienzuda memoria publicada en 1884. Las notables tesis de VILLAR y de OPHÜLS han aportado también algunos datos interesantes.

Los *tumores adenoides diverticulares* (LANNELONGUE y FRÉMONT) son tumores congénitos bastante *raros*, de aspecto mucoso, algo parecidos á una fresa ó á una cereza; no tienen orificio ninguno. Segregan un líquido viscoso, cuya reacción es generalmente alcalina, pero que también alguna vez puede ser ácida (TILMANN). Repetidas veces se ha demostrado la coexistencia de un divertículo fijado en el ombligo con un tumor adenoide (SHEEN, WALTHER), pero no puede afirmarse que esta disposición sea un hecho constante. El *diagnóstico* diferencial con el granuloma es de ordinario muy fácil; este último es un verdadero mamelón carnoso.

La *estructura* de estos tumores adenoides diverticulares es característica: un *nódulo central* formado por tejido conjuntivo ó fibras musculares lisas, dispuestas con mayor ó menor regularidad; vense también en este punto folículos cerrados y una infiltración de células linfáticas; una *capa periférica*, que presenta un aspecto estriado perpendicularmente á la superficie, gracias á la existencia en ella de numerosos tubos glandulares, que recuerdan las glándulas de Lieberkühn. También se han

observado en esta capa periférica algunas modificaciones del epitelio, que, en determinados sitios, toma el aspecto del epitelio pilórico (TILMANN).

Patogenia de los tumores benignos de origen diverticular. — Los *quistes umbilicales* dependen de la persistencia, en mayor ó menor longitud de su trayecto, de la porción distal del conducto onfalomesentérico. Por lo que se refiere á los *tumores adenoides diverticulares*, hemos demostrado ya que la hipótesis del divertículo gástrico, admitida por TILMANN y ROSER, debe ser rechazada definitivamente. Todos estos tumores son residuos ó vestigios umbilicales del conducto onfalomesentérico del embrión. Los hemos clasificado en tres grupos: unos, parecen resultar del prolapso total y completo de un divertículo abierto del tipo LEXER (obliterado en su parte media); los del segundo grupo corresponden al prolapso de un quiste abierto subperitoneal ó intraperitoneal, del tipo ROSER; los del tercer grupo pueden explicarse, á nuestro entender, por la eversión de un quiste intraparietal del tipo ZUMWINKEL, ampliamente abierto al efectuarse la caída del cordón.

El *pronóstico* de estos diversos tumores umbilicales no es grave: de todos modos, como puede darse el caso de que exista al mismo tiempo una brida profunda que llegue hasta el intestino, está indicada la *amplia ablación* de estas noviformaciones.

II. TUMORES MALIGNOS. — 1.º *Tumores malignos conjuntivos.* — En realidad son poco conocidos todavía, su interpretación es difícil y dista también mucho de estar demostrado su origen vitelino.

2.º *Tumores malignos epiteliales. Epitelioma cilíndrico primitivo del ombligo.* — La existencia del epitelioma cilíndrico primitivo del ombligo, defendida por TILLAUX, ha sido negada por QUÉNU y LONGUET. En el XIX Congreso francés de Cirugía, celebrado en el año 1906, pudimos relatar una observación clínica demostrativa. Fundando simultáneamente nuestras afirmaciones en la clínica y en la anatomía patológica, hemos creído poder deducir que existe en realidad un *epitelioma cilíndrico primitivo del ombligo*, de tipo intestinal, cuyo origen debe buscarse en los residuos epiteliales del conducto onfalomesentérico incluídos en la cicatriz umbilical.

DÉCIMA PARTE

AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS URINARIOS

CAPÍTULO PRIMERO

AFECCIONES DE LOS RIÑONES

ARTÍCULO PRIMERO

TRAUMATISMOS DEL RIÑÓN

I. — CONTUSIÓN DEL RIÑÓN

Etiología y mecanismo. — Una violencia traumática (caída sobre un cuerpo saliente ó choque con un cuerpo contundente) ha obrado sobre la región lumbar ó más rara vez sobre la pared lateral del abdomen: el riñón, hundido ó rechazado en el ángulo costovertebral, es cogido entre la potencia vulnerante y la resistencia, representada por la apófisis transversa de las primeras vértebras lumbares. Comprimido entre estas dos fuerzas, puede sufrir un verdadero estallido, por aumento brusco de la tensión de los líquidos que impregnan su parénquima: las lesiones son entonces comparables á las roturas por presión hidráulica, que se producen, según la teoría de KOCHER, en las vísceras huecas, llenas de líquido y sometidas á una hipertensión repentina. — En algunos casos, gracias á la depresibilidad de las partes blandas, el riñón es directamente comprimido y contuso sobre el plano óseo subyacente. — Finalmente, á veces la acción traumática empieza por fracturar las últimas costillas y las puntas de estos fragmentos es lo que desgarran el riñón.—Estas lesiones renales pueden, pues, ser ocasionadas por tres distintos meca-

nismos: el estallido por compresión brusca, el aplastamiento sobre el apoyo ó sostén óseo y el desgarró por fractura costal.

Anatomía patológica. — La contusión del riñón puede ser: 1.º subcapsular, y 2.º extracapsular. — En el primer caso, se crean focos de derrame sanguíneo, más ó menos extensos, en el centro del parénquima renal, *quedando intacta la cápsula propia*; puede haber entonces *simple hematoma intersticial*, ó bien *hematuria* si la rotura se abre en los cálices ó en la pelvis renal; pero, hecho importante, no hay hematoma perirrenal. — En la segunda eventualidad, más frecuente, la cápsula está desgarrada: la sangre procedente de la rotura, puede, pues, derramarse alrededor del riñón. Se forma entonces un hematoma que ocupa la celda lumbar y que puede fluir, siguiendo el uréter ó los vasos espermáticos, hacia la pelvis ó hacia las bolsas. Esta sangre derramada puede mezclarse con orina: estos derrames urohemáticos están muy expuestos á infectarse y formarse entonces colecciones purulentas.

Síntomas y diagnóstico. — Hematuria y derrame hemático en la región lumbar son los dos síntomas de las contusiones renales con rotura del órgano.

La *hematuria* es el más constante y el más importante de los síntomas: las orinas son negruzcas, «*poso de café*». La hematuria aparece ordinariamente desde la primera micción. A veces, sin embargo, la orina no se presenta sanguinolenta hasta después de dos ó tres días; es que entonces un coágulo sanguíneo ha obstruído temporalmente el uréter, ó bien que la hemostasia primitiva ha sido frágil y se ha suprimido secundariamente, ya por desprendimiento de un coágulo obliterante, ya por infección.

En los casos ligeros, la hematuria, poco abundante, cesa después de dos ó tres días; en los casos de mediana intensidad la hemorragia es más abundante y se prolonga una semana. Los casos graves son aquellos en que la hematuria, abundante, dura más allá del décimo día, á veces con intermitencias que corresponden á la obstrucción pasajera del uréter por coágulos. La cantidad de orina está, en algunos casos, disminuída, á consecuencia de una contusión renal, lo cual es debido á una inhibición refleja provocada por el traumatismo sobre el riñón lesionado y sobre su congénere; esta oliguria puede llegar hasta la anuria.

Explórese la región lumbar por la palpación bimanual y se comprobará: 1.º que los planos musculares ofrecen una contracción de defensa, lo cual está en relación con la sensación dolorosa que desarrolla esa palpación; 2.º que la fosa lumbar está

ocupada (salvo en el caso en que la rotura es subcapsular) por una tumefacción mal deslindada, mate, es decir, que á la percusión da sonido obscuro, é inmóvil. Examínense las bolsas y la parte declive de la región lumbar y se podrá ver, algunos días después del accidente, un equimosis debido á la propagación de la sangre derramada. — Practíquese el tacto rectal y á veces se percibirá un hematoma coleccionado detrás de la vejiga.

Curso y pronóstico. — En los casos ligeros y sencillos, la contusión renal cura espontáneamente: un tejido cicatricial joven reemplaza al coágulo, que ocupa el foco contuso; nunca se produce á ese nivel un tejido renal de nueva formación. — Dos complicaciones agravan el pronóstico: 1.^a la abundancia y la persistencia de la hemorragia; 2.^a la infección, que puede ocasionar la pielonefritis supurada y el absceso perinefrítico. En este último caso, el enturbiamiento de las orinas, la recrudescencia de los dolores lumbares y la fiebre con calofríos, revelan la infección del riñón y del hematoma perirrenal.

Tratamiento. — La inmovilización en un vendaje de cuerpo de franela basta para los casos ligeros. — La indicación operatoria resulta de la abundancia y la persistencia de la hemorragia y de las complicaciones infecciosas. En el primer caso, procede, después de la incisión lumbar, practicar la sutura del riñón, si sólo existe un desgarro del órgano; taponar la herida con gasa yodofórmica, si el foco de rotura es irregular, ó practicar la nefrectomía si las lesiones renales son demasiado extensas. — En el caso de complicaciones infecciosas, se practica la incisión del absceso perinefrítico.

II. — HERIDAS DEL RIÑÓN

Las *punturas y cortes* del riñón son poco interesantes: se reparan mediante la formación de un tejido de cicatriz y no por una noviformación de tejido renal. — Las heridas por proyectiles de arma de fuego son de mayor interés. No debemos olvidar los hechos siguientes: 1.^o desde el punto de vista anatomopatológico, los orificios, sobre todo el de salida del proyectil, se complican con fisuras estrelladas, que son debidas á un verdadero estallido del parénquima; 2.^o desde el punto de vista sintomático, la hematuria es el fenómeno capital y la infección es frecuente. Las indicaciones terapéuticas son las mismas que para las contusiones renales.

ARTÍCULO II

RIÑÓN MOVIBLE Y ECTOPIA RENAL

Definición. — Normalmente, el riñón no está inmóvil: se desliza, por un movimiento de vaivén, en la atmósfera grasosa que llena la celda fibrosa perirrenal, descendiendo en la inspiración, bajo la presión descendente del diafragma, y ascendiendo en la espiración.

Esta dislocación no se hace patológica sino cuando la amplitud de estas oscilaciones excede de su curso normal que, según ROSENTHAL, varía entre 3 y 5 centímetros: entonces es posible palpar el riñón. — Hay que distinguir, con GLÉNARD: 1.º *el riñón movable del hipocondrio*, variedad en la cual el riñón no es palpable más que por el procedimiento del pulgar, descrito más adelante, y conserva su extremo superior bajo las costillas; 2.º *el riñón movable del vacío*, forma en la cual todo el órgano se encuentra más abajo de las costillas; 3.º *el riñón flotante*, tercer grado en que el riñón ha perdido el contacto con su celda ó alojamiento normal.

Etiología y patogenia. — Debemos examinar: 1.º por qué razones los medios de suspensión y de contención del riñón sufren una debilitación que permite el movimiento ó dislocación anormal del órgano; 2.º por qué esta movilidad anormal ataca con preferencia el riñón derecho.

1.º **DEBILITACIÓN DE LOS MEDIOS DE SUSPENSIÓN Y DE CONTENCIÓN DEL ÓRGANO.** — El riñón está contenido en un saco fibroso, compuesto de una lámina anterior ú hoja prerrenal y de una lámina posterior, fascia de ZUCKERKANDL ú hoja retrorenal. En esta celda está fijo mediante tractus célulofibrosos y numerosos ramúsculos vasculares que, de toda la superficie del riñón, irradian hacia las hojas perirrenales. Además, el polo superior del órgano está suspendido de la cápsula suprarrenal por inserciones célulovasculares que, firmes y resistentes en el niño, se alargan en el adulto, se cargan de grasa y pierden solidez. — La celda fibrosa perirrenal, cerrada hacia arriba y fuera por la coaptación ó adosamiento de las dos hojas, queda abierta hacia dentro y abajo porque, en estas dos direcciones, las dos hojas fibrosas perirrenales no se reúnen: el riñón se dislocará, pues, hacia abajo y hacia dentro, cuando sus medios de fijación pierden su resistencia. — Según VOLKOFF y DELITZINE, en el

hombre las celdas fibrosas perirrenales son piriformes, como embudos, anchas por arriba y estrechas por abajo; al contrario, en la mujer tienen una forma cilíndrica, de lo que resulta la mayor predisposición del sexo femenino á la movilidad renal.

Esos vínculos ó lazos de unión que fijan el órgano en su celda fibrosa, no son el elemento más importante en la estática de los riñones: el papel preponderante corresponde á la tonicidad de los músculos de la pared abdominal. En una palabra, los *medios de contención* muscular dominan sobre los *medios de fijación* célulofibrosos. Según la comparación de VOLKOFF y DELITZINE, que han hecho un buen estudio experimental del riñón movable, la masa intestinal es asimilable á una ancha pelota que se aplica sobre los riñones, situados por detrás de ella; los músculos de la pared abdominal forman una verdadera cincha ó faja que aplica esa pelota sobre los riñones.

De ahí la importancia predominante de todas las causas ó condiciones que relajan la pared ventral ó que disminuyen la tensión intraabdominal. — La relajación de la pared abdominal es producida principalmente por dos causas: 1.^a la gestación que, por la distensión abdominal del embarazo y las roturas intersticiales, fuerza la cincha ó faja muscular; 2.^a un estado de astenia particular de ciertos sujetos, de decaimiento trófico, innato ó adquirido, bien estudiado por TUFFIER y que se manifiesta por un conjunto de síntomas, abdomen flácido, trilobulado, orificios herniarios distendidos, dilatación del estómago, ptosis general de las vísceras, varices y trastornos neurasténicos.

La influencia de la tensión de las vísceras intraabdominales sobre la posición de los riñones es innegable: ha sido probada *experimentalmente* por VOLKOFF y DELITZINE y *clínicamente* se halla establecida por las relaciones que unen la nefroptosis con la ptosis general de las vísceras y, sobre todo, con la ptosis del intestino. — Según GLÉNARD, la ptosis del riñón no es más que un fenómeno eventual que acompaña á la esplanoptosis, un episodio de la enteroptosis: la disminución de tensión intraintestinal es, para él, la causa de la disminución de tensión abdominal y del prolapso de las vísceras; el prolapso del intestino es el patógeno y el que abre la escena, y este prolapso empieza por el ángulo derecho del colon: luego aparecen sucesivamente el prolapso del riñón derecho, el del estómago, el del riñón izquierdo y el del hígado. — Es cierto que á menudo la enteroptosis es el prelude de la nefroptosis y domina sus síntomas; pero estas dos enfermedades no siempre coexisten y hay

casos en que se observa sólo la movilidad del riñón derecho, sin enteroptosis.

2.º PREDOMINIO DE LA NEFROPTOSIS EN EL LADO DERECHO.

— Debemos admitir, como razón ó causa de este predominio, las condiciones anatómicas siguientes: 1.º la ausencia de la hoja de TOLDT, es decir, de la lámina formada por la fusión del peritoneo parietal primitivo con el mesocolon, lámina que falta á la derecha; 2.º la presencia á la derecha de un ángulo cólico obtuso que pesa y tira del órgano, en tanto que esta tracción no se observa á nivel del codo ó ángulo cólico izquierdo, que forma ángulo recto; 3.º la fijación más íntima, á la izquierda, del riñón y de la cápsula suprarrenal, lo cual se debe á que la vena suprarrenal izquierda termine en la vena renal, mientras que la vena suprarrenal derecha se dirige á la vena cava inferior; 4.º el peso ejercido por el hígado sobre el polo superior del riñón derecho.

Síntomas y diagnóstico. — 1.º SÍNTOMAS OBJETIVOS. — Para explorar el riñón movable en su primer grado, es necesario, con los cuatro últimos dedos de la mano izquierda, levantar fuertemente la región lumbar, mientras el pulgar izquierdo colocado por delante, debajo del reborde costal, abraza el vacío, y la mano derecha se hunde bajo el hipocondrio. Invítese entonces al enfermo á respirar profundamente, y se notará un órgano que desciende y se coloca entre el pulgar y los otros dedos: es el riñón movable del hipocondrio. Tal es el procedimiento de palpación *nefroléptica*, procedimiento «del pulgar», de GLÉNARD. — Cuando el riñón movable ha descendido hasta el vacío, se le reconoce bajo la forma de un tumor globuloso y movable por el procedimiento de *palpación bimanual* de GUYON: el vacío es palpado por delante con las dos manos aplicadas una tras otra; la mano posterior, dirigida hacia el ángulo costovertebral, eleva la pared lumbar en la escotadura costoilíaca y la proyecta ó empuja mediante pequeños movimientos hacia la mano anterior.

2.º SÍNTOMAS SUBJETIVOS. — El riñón movable, con poca dislocación, permanece á menudo silencioso y desconocido. — Pueden observarse tres clases de síntomas: 1.ª el dolor; 2.ª los trastornos dispépticos; 3.ª los fenómenos nerviosos. — Esta triada sintomática está á menudo combinada y á veces predomina uno de los síntomas, hasta el punto de crear un tipo clínico especial: riñones dolorosos, riñones con neurastenia y riñones con dispepsia.

I. *Dolores*. — Desde el simple dolor de costado en el hipo-

condrio después de una marcha ó un esfuerzo, hasta las crisis dolorosas intensas, con vómitos reflejos y facies retraída ó angustiosa, se observan todas las transiciones y á menudo el estado neurasténico del sujeto explica estas variantes. Las crisis dolorosas (estrangulación renal) se atribuyen al acodamiento del uréter y á la tensión del riñón, por obstáculo al derrame de la orina: estas crisis se parecen á los cólicos nefríticos y van acompañadas de las mismas irradiaciones, de los mismos vómitos y de oliguria por reflejo inhibitorio sobre el otro riñón; cesan cuando el órgano vuelve á su sitio y la acodadura se suprime.

II. *Trastornos nerviosos.* — Son los de la neurastenia ó del histerismo: irritabilidad, neuralgias, palpitaciones y obsesión psíquica. — Hay casos en que estos trastornos neurasténicos son anteriores al riñón movable y sufren, por este hecho, una simple agravación; hay otros en que la movilidad renal provoca, sin antecedentes, una neurastenia ó un histerismo.

III. *Trastornos dispépticos.* — He aquí los síntomas ordinarios: dispepsia atónica, constipación, gastralgia, hiperclorhidria y vómitos. — GLÉNARD ha distinguido y agrupado con el nombre de dispepsia mesogástrica, cierto número de síntomas: sensación de barra, de hueco, de vacío en el epigastrio é impresión de angustia ó de sofocación; n.áximum de estos trastornos tres horas después de la comida; su agravación por la ingestión de grasa, feculentos, alimentos crudos, vino y leche; su disminución por el decúbito dorsal é insomnio hacia las dos de la mañana. Estos síntomas se atribuyen á la enteroptosis concomitante más que á la nefroptosis.

Tratamiento. — En las formas dispépticas, la aplicación de una faja elástica (cinturón de GLÉNARD), que inmoviliza el riñón y comprime el vientre, da, en general, resultados suficientes. — La forma dolorosa también es á menudo calmada con las fajas ó cinturones ortopédicos: si el vendaje no basta, hay que recurrir á la nefropexia, es decir, á la fijación operatoria del riñón en la parte alta de la fosa lumbar. — Para las formas neurasténicas ó histéricas hay que determinar si ese estado nervioso depende de la movilidad renal ó si, por el contrario, la dislocación del órgano sólo es un hecho accesorio: en el primer caso, únicamente se obtendrá un resultado terapéutico de la fijación del riñón, ya mediante la faja, ya mediante la nefropexia. — La nefrectomía, ablación del órgano, sólo se dirige á las complicaciones de los riñones ectópicos: neoplasmas, tuberculosis, pionefrosis.

ARTÍCULO III

CÁNCER DEL RIÑÓN

Definición. — La cirugía sólo se ocupa del cáncer primitivo del órgano. La clasificación de los tumores malignos del riñón no se ha dilucidado hasta estos últimos años. Actualmente se pueden distinguir tres grandes clases: 1.^a el tipo puro de las neoplasias epiteliales (*adenomas y epitelomas*) ó conjuntivas (*sarcomas*); 2.^a el tipo de GRAWITZ, forma anatómica distinguida por este autor en 1834 y constituida por elementos de las cápsulas suprarrenales extraviados é incluídos en el riñón durante el período embrionario (*hipernefromas ó estrumas suprarrenales aberrantes*); 3.^a el tipo de BIRSCH-HIRSCHFELD, establecido por este autor en 1898, tipo de tumor mixto, observado particularmente en los niños y designado con el nombre de adenosarcoma embrionario (*embryonale Drüsensarkome*).

Anatomía patológica. — 1.^o CARACTERES MACROSCÓPICOS. — *El cáncer primitivo es ordinariamente unilateral.* La forma del riñón canceroso se conserva en los tumores pequeños, y los grandes están á veces abollados con gruesos lóbulos. El volumen es á menudo enorme, sobre todo en los sarcomas del niño, llegando á pesar más de un tercio del peso total del enfermito. El neoplasma renal está generalmente enquistado en la cápsula distendida, engrosada y cubierta de venas abundantes, cuya presencia fija el diagnóstico del cirujano cuando la incisión le ha conducido hasta el tumor.

Cuando el tumor ha roto su cápsula, su curso se acelera y su indicación operatoria disminuye considerablemente, por razón de las adherencias difusas de la masa.

La lesión empieza á menudo por el polo superior del riñón, lo cual tiene importancia desde el punto de vista de la medicina operatoria, pues la masa neoplásica se desarrolla principalmente hacia el diafragma. El uréter es á menudo canceroso y los ganglios del hilio son voluminosos y adherentes á los vasos: las arterias resisten, pero la vena renal es á menudo asiento de trombosis cancerosa. Al corte, es raro encontrar una infiltración difusa del órgano: una porción del riñón, particularmente el polo inferior, puede reconocerse todavía. Se encuentra que el neoplasma no tiene una densidad homogénea: junto á lóbulos blanco-amarillentos, se ven extensas zonas hemorrá-

gicas y á veces quistes que contienen una substancia semigelatinosa ó sangre.

2.º ESTRUCTURA HISTOLÓGICA. — I. *Tumores epiteliales.*— Se encuentran frecuentemente, en las autopsias de nefritis intersticiales, producciones cuyo volumen oscila entre el de un guisante y el de una cereza, que penetran á variable profundidad en el parénquima y sin haber desempeñado papel alguno en la historia patológica de los enfermos. Estos pequeños neoplasmas, como han demostrado STURM y SABOURIN, son *tumores adenoideos, adenomas, susceptibles de transformarse en cáncer epitelial* y de adquirir un gran volumen. Desde el adenoma hasta el epiteloma, se puede seguir paso á paso la proliferación y las modificaciones epiteliales del canalículo y encontrar todas las formas de transición entre los conductillos normales y los alvéolos neoplásicos. Así, pues, en la gran mayoría de los casos, el *cáncer epitelial* del riñón (*adenocarcinoma y carcinoma difuso*) deriva de los *epitelios renales*, ora nazca de los tubos uriníferos en pleno parénquima (teoría de ROBIN y WALDEYER), ora de los conductillos embrionarios aberrantes, que persisten desde la vida fetal en la cápsula del riñón (teoría de ALBARRÁN).

II. *Hipernefomas.* — Con el nombre de *hipernefomas*, de «strumæ suprarrenales aberrantes», se describe, desde los trabajos fundamentales de GRAWITZ, una variedad de neoplasma renal, que se observa en el adulto y que se caracteriza: *clínicamente*, por el hecho de que después de haber observado durante años un curso benigno, acaba por invadir los vasos sanguíneos y evoluciona entonces como un tumor muy infectante; *patogénicamente*, por su origen á expensas de nódulos aberrantes de las cápsulas suprarrenales incluídos durante la vida fetal debajo de la cápsula propia del riñón; *histológicamente*, por la abundancia de la grasa y del glicógeno en sus células, grandes y poligonales, por la ordenación de estas células en trabéculas radiantes, en el seno de un fino estroma reticulado, y por la tendencia de esas células á sufrir metamorfosis regresivas, mucosa, hialina y coloidea (GRAWITZ, LUBARSCH).

III. *Sarcomas embrionarios, tumores mixtos del niño.* — En los niños, la casi totalidad de los tumores renales caracterizados como *sarcomas, condromiosarcomas, rabdomiomas, fibrosarcomas*, según el elemento anatómico (células redondeadas, fibras lisas ó estriadas, células cartilaginosas) preponderante en la muestra examinada, pertenecen en realidad al grupo de los tumores mixtos, designados por BIRSCH-HIRSCHFELD con el nombre de *adenosarcoma embrionario.* — Así, pues, *histológicamente*, la sín-

tesis de estas diversas formas está ya hecha en la actualidad. Pero el concepto de su *patogenia* sigue en discusión: la existencia, en algunos de estos tumores, de tejidos diferenciados cuya presencia en el riñón no es normal (fibras musculares estriadas y células cartilaginosas) no puede explicarse sino por inclusiones embrionarias. Esos elementos incluídos en el riñón, ¿proceden del cuerpo de Wolff, como cree BIRSCH-HIRSCHFELD, ó emanan de las hojas primitivas, como quiere WILMS? Ambas hipótesis pueden sostenerse.

Sintomatología. — Los tumores malignos del riñón son frecuentes en los dos extremos de la vida. En los niños menores de cinco años, en que el neoplasma toma la forma casi constante del sarcoma, y en el adulto después de los cuarenta.

Tres síntomas revelan la existencia de un cáncer del riñón: 1.º la hematuria; 2.º el tumor; 3.º el dolor.

1.º **HEMATURIA.** — La hematuria no es constante: falta en la tercera parte de los cánceres del adulto y en los tres cuartos de los casos de neoplasmas en el niño. No aparece sino cuando el tumor ha alcanzado ya un desarrollo voluminoso; la hematuria precoz es rara. Sus caracteres son particulares: es *espontánea* en su aparición, es á menudo muy *abundante* y es *caprichosa*, sobreviniendo por crisis y desapareciendo sin causa apreciable; es lo más á menudo *indolora*, *no es modificada por el reposo ó el movimiento* y *colorea uniformemente la orina de una micción (hematuria total de GUYON)* sin que las últimas gotas estén más coloreadas, lo cual es propio de las *hematurias terminales*.

2.º **TUMOR.** — Es el signo más constante, pero no precoz, del cáncer del riñón. En algunos casos, cuando el tumor evoluciona hacia el tórax, á nivel del polo superior del órgano, un neoplasma puede ser desconocido durante largo tiempo. Cuando el tumor es más voluminoso, se aprecia por la palpación bimanual. Ordinariamente, el cáncer del riñón adquiere grandes dimensiones: hay neoplasmas del adulto que rebasan mucho la línea media y sarcomas del niño que llenan más de la mitad del vientre. Desarrollándose, el tumor abandona la región lumbar para formar relieve hacia delante; es duro, resistente, lobulado y se prolonga bajo las costillas siguiendo los movimientos del diafragma. Es mate, con dos zonas de sonoridad: una por arriba, que lo separa de la macicez hepática, y la otra, anterior, que corresponde á la sonoridad del colon, que divide oblicuamente el polo inferior del riñón derecho y sigue el borde externo del riñón izquierdo.

3.º DOLOR. — Los dolores son inconstantes, poco característicos; son generalmente paroxísticos y adquieren la forma de una neuralgia intercostal ó lumbar. A veces se asemejan á cólicos nefríticos y son debidos á la emigración de coágulos crúricos que descienden por el uréter.

4.º OTROS SÍNTOMAS.—Hay que mencionar: el *varicocele* rápidamente desarrollado, debido á la compresión del tumor ó de las masas ganglionares sobre las venas esperáticas (signo de J. L. PETIT-GUYON); en algunos casos, *un estado febril*, y á veces *polaquiuuria*.

Diagnóstico. — Se presentan las tres eventualidades siguientes: 1.ª hay hematuria y un tumor; 2.ª hay un tumor sin hematuria; 3.ª hay hematuria sin tumor.

Primer caso: coexistencia de un tumor y de hematuria. Cuando aparece la hematuria, el tumor generalmente ha tenido tiempo de adquirir un gran volumen, lo que contribuye á facilitar el diagnóstico eliminando los casos en que el riñón abulta poco: riñón calculoso, riñón tuberculoso. Además, en la litiasis renal, la micción de sangre es provocada por los movimientos, es dolorosa y menos abundante; en el riñón tuberculoso, excepción de una tuberculosis cortical, sin pielitis y sin retención uropurulenta (en cuyo caso el riñón se conserva pequeño), la orina es turbia, purulenta. Una hidronefrosis calculosa, con hematuria, puede prestarse á confusión: sólo la nefrotomía puede decidir el diagnóstico.

Segunda hipótesis: se presenta un tumor sin hematuria. —Se ha de establecer: 1.º que el tumor es renal; 2.º que el aumento de volumen del órgano se debe á un neoplasma.

A la derecha, el *hígado* (quiste hidatídico de la cara inferior), especialmente la *vejiga biliar* (colecistitis calculosa) y el *ángulo cólico* pueden ser asiento de tumores que induzcan á error. La existencia de una faja de sonoridad intermedia entre la macidez hepática y la del tumor es un signo clásico del tumor renal, pero nosotros lo hemos visto faltar. La sonoridad cólica cubre por delante y por dentro el tumor renal derecho. Un tumor del hígado ó de la vejiga biliar no contacta en la región lumbar tanto como un neoplasma renal y no pelotea con tanta claridad; pero nosotros acabamos de encontrar el peloteo en un caso de quiste de la cara inferior del hígado y en otro de vejiga hidrópica y calculosa. — A la izquierda, un bazo leucémico grueso, puede ser tomado por un riñón voluminoso: se distingue por el borde cortante que lo limita por abajo y adentro y por la leucocitemia que lo acompaña. — Un quiste del ovario,

un fibroma uterino subseroso con pedículo estrecho pueden crear dificultades para el diagnóstico: colóquese al enfermo en posición de Trendelenburg, y el tumor desciende hacia el diafragma si es de asiento renal.

Cuando queda establecido que se trata de un riñón grueso, hay que averiguar la naturaleza de la tumefacción: un grueso riñón tuberculoso con pionefrosis caseosa se caracteriza por la sensibilidad del órgano y por la purulencia turbia de la orina; una hidronefrosis voluminosa, por la ausencia de abolladuras y por los resultados del examen cistoscópico de los uréteres que demuestra impermeabilidad del conducto si la hidronefrosis es cerrada, y la disminución de la urea, de los cloruros y de los fosfatos si es abierta.

Tercer caso: se trata de un cáncer renal de forma hematórica, sin tumor voluminoso. — Es necesario entonces: 1.º determinar que la hematuria procede del riñón; 2.º distinguir, entre las diversas variedades de riñón que sangra, el riñón canceroso. — El primer punto queda establecido por el carácter *total* de la hematuria, sus intermitencias separadas por micciones claras y por la forma alargada de los coágulos moldeados en el uréter y que pueden alcanzar hasta 15 y 20 centímetros de longitud. — En cuanto al segundo punto, deberemos recurrir, para dilucidarlo, á la cistoscopia, y de un modo más práctico á la separación de la orina de uno y otro riñón, procedimiento en la actualidad muy simplificado por los aparatos de LUYS y de CATHELIN. — Falta determinar todavía la causa de la hematuria. Respecto á este punto pueden discutirse tres hipótesis: ¿se trata de una litiasis, de una tuberculosis ó de un cáncer? Debe tenerse en cuenta además que también existen hematurias esenciales que pueden simular la hematuria precoz de los pequeños neoplasmas. En la litiasis hay *hematurias de emigración*, debidas al descenso de coágulos cruóricos por el uréter, y *hematurias de permanencia*, en que el derrame sanguíneo es provocado por el contacto del cálculo en la pelvis renal: pero se caracterizan por ser dolorosas. Hay tuberculosis con hemorragias renales espontáneas, abundantes, independientes del movimiento y que tienen todo el aspecto de las hematurias neoplásicas; pero no van acompañadas, tanto como estas últimas, de un rápido desarrollo del tumor. — Además, en los casos dudosos se admite hoy como regla general de conducta, practicar la incisión exploradora del riñón, después de haber determinado previamente el valor funcional del riñón opuesto: los neoplasmas renales cuyo único síntoma es la hematuria son los casos mejores para la

intervención quirúrgica y ciertamente sería absurdo esperar que el tumor alcance gran volumen para establecer el diagnóstico.

Pronóstico.— Síntoma esencial: el cáncer renal se desarrolla lentamente. Su duración media, de dos ó tres años, puede alcanzar á cinco, seis años y más.

Tratamiento.— La nefrectomía es el único tratamiento quirúrgico. — Su mortalidad operatoria, antes muy elevada, 58 por 100 según CHEVALIER, en 1881, y 55 por 100 según SIGRIST, en 1889, ha descendido á 24 por 100 según HERBESCO, en 1898. En los casos de tumor voluminoso, muy vascular, adherente, como es el de los sarcomas del niño y de ciertos neoplasmas del adulto, la operación conserva tal gravedad que más vale abstenerse, tanto más cuanto que en los supervivientes las recidivas son rápidas. Nosotros contamos, sin embargo, un éxito estable, de más de cuatro años, en un gran neoplasma tratado por la nefrectomía transperitoneal. Hay que empeñarse en hacer un diagnóstico precoz (véase nuestro informe en el Congreso de Urología de 1902): el porvenir pertenece á la nefrectomía, practicada para tumores poco voluminosos, no adherentes.

ARTÍCULO IV

TUBERCULOSIS DEL RIÑÓN

Definición.— La granulia renal, episodio de una infección general aguda, que se presenta bajo la forma de granulaciones grisáceas, miliares, que acribillan las substancias cortical y medular de ambos riñones, es el tipo del riñón médico. — El riñón tuberculoso quirúrgico corresponde á los casos en que la infección bacilar ataca *primitivamente* á este órgano y queda en él en estado de lesión *preponderante y unilateral*, por lo menos hasta un período bastante avanzado de la evolución de la enfermedad. Sólo esta tuberculosis primitiva y unilateral del riñón es accesible á una intervención operatoria.

Patogenia.— La infección tuberculosa del riñón se realiza por dos vías: 1.^a la *descendente* ó hematógena; 2.^a la *ascendente*. En el primer caso el bacilo, acarreado por la arteria aferente del glomérulo, invade el órgano á nivel de su substancia *cortical*. En la segunda forma — única que antes se admitía, aun cuando en realidad es la más rara — la infección es *ascendente*, y los bacilos, procedentes de la vejiga y del uréter, abor-

dan al riñón por su substancia *medular*, á nivel de la punta de las pirámides, provocando una verdadera nefritis radiante caseosa.

Anatomía patológica. — Las granulaciones tuberculosas se fusionan en pequeños nódulos redondeados, del volumen de una avellana ó de una nuez: es la *tuberculosis nodular*.

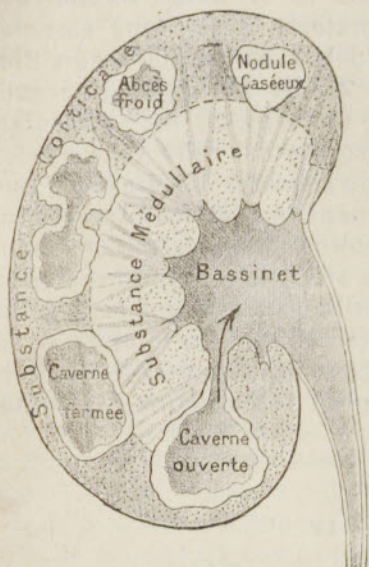


Fig. 222

Esquema que demuestra las diversas fases de evolución de la tuberculosis renal.

Substance corticale, substancia cortical; *Abscès froid*, absceso frío; *Caverne fermée*, caverna cerrada; *Substance médullaire*, substancia medular; *Nodule caséux*, nódulo caseoso; *Bassinets*, pelvis renal; *Caverne ouverte*, caverna abierta.

Estos pequeños depósitos, primero crudos, grisáceos y duros, se hacen caseosos, se reblandecen y forman abscesos fríos anfractuados, que contienen residuos tuberculosos, un líquido purulento, y á veces concreciones fosfáticas (cálculos secundarios): es la *tuberculosis cavernosa* del riñón. — Cuando la infección bacilar es de origen sanguíneo, estas cavernas ocupan la región cortical: al desarrollarse acaban por abrirse en la pelvis renal, *verdaderas vómicis renales* (DIEULAFOY), por aberturas más ó menos anchas. En el caso, por el contrario, en que el riñón se tuberculiza por infección vésicoureteral ascendente, la pelvis y los cálices, dilatados, se transforman en una vasta bolsa de paredes anfractuadas y festoneadas: es el tipo de la *pielonefritis tuberculosa*.

El estado de permeabilidad del uréter determina la evolución ulterior del proceso. Este conducto está á menudo tumefacto, indurado y estrechado. Cuando es obstruído por la ureteritis tuberculosa y por encima de esta obliteración la pelvis y las cavernas reunidas quedan al abrigo de la infección, puede ocurrir que el riñón sufra una caseificación total y se transforme en una masa compacta análoga al mástique, envuelta en una cáscara fibrosa más ó menos tabicada: es la *tuberculosis masiva* del órgano. O bien, continuando aséptica la evolución, la pelvis, los cálices y el riñón distendidos, forman una cavidad

quística que contiene un líquido más ó menos turbio, desprovisto de bacilos, pero que da lugar á la infección tuberculosa por inyección experimental: es la *hidronefrosis tuberculosa*.

Lo más á menudo, cuando hay obstáculo al curso de la orina y retención uropurulenta en el riñón tuberculoso, se forma una *pionefrosis*: pelvis, cálices y cavernas más ó menos confluentes, se funden en una sola excavación que contiene pus granuloso, donde se producen infecciones secundarias cuyos agentes habituales son el estafilococo y el colibacilo,

Sintomatología. — El riñón tuberculoso quirúrgico puede recorrer insidiosamente una parte de su evolución. — Los primeros síntomas son variables y llaman la atención, ya hacia la vejiga, ya hacia el riñón. Frecuencia de la micción, poliuria transparente y hematuria habitualmente poco abundante y poco tenaz, son los signos por los cuales puede revelarse la tuberculosis renal en sus primeros períodos. Aquí, como en la tuberculosis pulmonar, la hemorragia, verdadera hemoptisis renal, puede preceder á la aparición de los otros trastornos.

En su período de estado, la afección se caracteriza: 1.º por las modificaciones de la orina, hematuria y piuria; 2.º por el tumor renal; 3.º por el dolor; 4.º por los síntomas vesicales; 5.º por los síntomas generales.

1.º **ALTERACIONES DE LA ORINA.** — I. *Piuria.* — En el caso de una tuberculosis renal *cortical*, la orina, abundante, puede persistir clara y transparente en tanto que los nódulos tuberculosos evolucionan en la corteza del órgano. Pero se pone turbia, francamente purulenta y rica en grumos caseosos, cuando las cavernas corticales se abren en la pelvis, á la que infectan. — En la hipótesis de una infección vésicorrenal ascendente, la piuria es un síntoma precoz y dominante. Cuando existe la retención renal, se ve de vez en cuando aumentar el peso de esa orina turbia, lo cual es debido á descargas ó evacuaciones de la pelvis. Para encontrar en esta orina purulenta el bacilo, es necesario examinarla recién emitida y repetir las investigaciones.

II. *Hematuria.* — La hematuria, frecuente en las primeras fases de la enfermedad y frecuente también en las tuberculosis de origen circulatorio, falta en los últimos períodos y es poco constante en las infecciones ascendentes. — En oposición con la hematuria cancerosa, es poco abundante y pasajera y difiere también de la hematuria calculosa por ser indolora, espontánea é independiente del movimiento ó del reposo. Hay una forma hematúrica de la tuberculosis renal en que el enfermo orina sangre de un modo continuo durante uno ó varios meses.