BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL
B 35
5

Misc. B. 35.5

Año 1918 **N. 3471**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Atrofia congénita unilateral
DE RIÑÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAÚL M. CASAL
Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Rawson (1914-1918)

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918

Atrofía congénita unilateral de rinón

Año 1918 **N. 3471**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Atrofia congénita unilateral

DE RIÑÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAÚL M. CASAL

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Rawson (1914-1918)

BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » EDUARDO OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » Vacante
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » IGNACIO ALLENDE
» » MARCELO VIÑAS
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» Vacante
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
Clínica Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica obstétrica	» ARTURO ENRÍQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica	DR. GUILLERMO SEEBER
	» SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva	» EUGENIO GALLI
	» JUAN JOSÉ CIRIO
	» FRANCISCO ROPHILLE
Fisiología general y humana	» FRANK L. SOLER
	» BERNARDO HOUSSAY
Bacteriología	» RODOLFO RIVAROLA
Química Biológica	» SALVADOR MAZZA
	» BENJAMÍN GALARCE
Higiene Médica	» MANUEL V. CARBONELL
	» SANTIAGO M. COSTA
Semiología y ejercicios clínicos	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITÓN
	» PEDRO J. HARDOY
Anatomía patológica	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
	» ANGEL H. ROFFO
Anatomía topográfica	» PEDRO ELIZALDE
	» ANGEL F. SAN MARTÍN
Materia médica y terapéutica	» JOSÉ MORENO
Medicina operatoria	» PEDRO CASTRO ESCALADA
	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
	» FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa	» CASTELFORT LUGONES
	» ENRIQUE M. OLIVIERI
	» ALEJANDRO CEVALLOS
Clínica dérmato-sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito urinaria	» JOAQUÍN CERVERA
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» epidemiológica	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
» oftalmológica	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETI
	» RAÚL ARGAÑARAZ
» oto-rino-laringológica	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
Patología interna	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
Clínica quirúrgica	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDÍVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
» Neurológica	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
» Médica	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULIO MARTINI
	» CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
» pediátrica	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
» ginecológica	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNQUEZ
obstétrica	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSUÉ A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
Medicina legal	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ
Clínica Psiquiátrica	» AMABLE JONES
Toxicología	» ALFREDO BUZZO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. Angel Gallardo
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química farmacéutica inorgánica	» Miguel Puiggari
Botánica y Micrografía vegetal	» Adolfo Mujica
Química farmacéutica orgánica	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er. curso)	» J. Manuel Irízar
Higiene, Ética y Legislación	» Ricardo Schatz
Química analítica general	» Francisco P. Lavalle
Farmacognosia especial	Sr. Juan A. Domínguez
Técnica farmacéutica (2º. curso)	Dr. J. Manuel Irízar

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas	Dr. Angel Bianchi Lischetti
Física farmacéutica	» Tomás J. Rumi
Química farmacéutica inorgánica	» Angel Sabatini
Botánica y Micrografía vegetal	» Emilio M. Flores
Química farmacéutica orgánica	» Ildefonso C. Vattuone
	» Pedro J. Mésigos
Técnica farmacéutica	Dr. Luis Guglialmelli
	Sr. Ricardo Roccatagliata
	» Pascual Corti
	» Cleofé Crocco
Química analítica general	Dr. Juan A. Sanchez
Farmacognosia especial	Sr. Oscar Mialock

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas	— —
Mineralogía y Geología	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos)	Dr. Juan A. Sánchez (supl en ejercicio)
Química biológica	» Pedro J. Pando
Química analítica aplicada (Bromatología)	— —
Física general	— —
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Toxicología y Química legal	» Juan B. Señoráns

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE

» TOMÁS S. VARELA (2º año)

SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)

» CORIOLANO BREA (»)

» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS

Dr. RICARDO RODRIGUEZ VILLEGAS

Médico del Hospital Rawson

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A LA MEMORIA DE MIS HERMANOS

A MI PADRE

A MIS HERMANOS:

MARIA ESTHER CASAL DE ROJAS

JORGE CARLOS Y HORACIO

A MI HERMANO POLÍTICO

PEDRO ROJAS

A LOS DOCTORES:

ARTURO J. MEDINA

BERNARDINO MARAINI

LEONIDAS J. FACIO

MARTIN REIBEL

La atrofia renal congénita unilateral, persistencia definitiva en el adulto de un estado embrionario determinado, es una forma anatómica particular y poco frecuente que se encuentra solo en un 0.02 por ciento de las autopsias en general, según las estadísticas de Kelly y Morris. Polack, en 264 casos de anomalías renales en general, encuentra esta variedad en 16 autopsias. Stefani, en su monografía sobre este tópico relata 17 casos de atrofia renal congénita y a él se debe la feliz denominación de pequeño riñón en haba, con que bautizó a esta curiosa anomalía de desarrollo renal.

No forma parte, pues, del grupo de casos exclusivamente raros, verdaderos hallazgos de anfiteatro que muy lejos de aguzar nuestro espíritu clínico, aumenta por el contrario las dificultades, de por sí complejas, del diagnóstico diferencial. En efecto, clínicamente, estos casos de atrofia renal unilateral, por las alteraciones anatomopatológicas a que puede estar someti-

do el único riñón fisiológicamente útil, desde que el atrófico no interviene para nada en la secreción urinaria, entran en la categoría de los riñones únicos, cuya importancia en clínica urológica es bien conocida.

Aun cuando el objeto de esta tesis sea la presentación de la pieza anatómica de un caso de atrofia renal, será quizá útil relatar la historia de los trabajos anteriores sobre este tema, relatando luego nuestra historia clínica que servirá para interpretar con claridad los síntomas, algunos complejos que presentaba el enfermo.

Un relato somero sobre el desarrollo embriológico del riñón explicará los caracteres anatómicos e histológicos del pequeño riñón, objeto de este trabajo.

HISTORIA

La atrofia renal ha sido observada desde muy antiguo, pero en estas observaciones, no es posible diferenciar las atrofias consecutivas a lesiones renales, de las atrofias congénitas. Hay que llegar a épocas más cercanas, cuyas descripciones abunden más en detalles y donde puede observarse que se trata de anomalías que acompañan a la atrofia del riñón, para poder diferenciar.

Así, pues, la observación de Chopart en 1830, se presta a duda, lo mismo que la de Eustaquio, quien sólo dice que ha visto en la autopsia hecha en un hombre, un riñón enorme lleno de cálculos y el otro riñón sano, pero del tamaño de una pequeña castaña.

Rayer, en su atlas del año 1841, describió tres casos de atrofia, un primer caso de atrofia del riñón izquierdo de forma triangular, cuyos vasos y conductos escretores no presentan nada de anormal.

En un segundo caso, hace notar la diferencia de volumen de los riñones y que se acompañan de un desarrollo desigual de sus vasos, las dimensiones dadas en su atlas corresponden, al riñón derecho 132 milímetros de largo por 56 milímetros de ancho y para el izquierdo 86 milímetros de largo por 59 milímetros de ancho.

El tercer caso de Rayer, se trata de una atrofia del riñón izquierdo que se acompaña de estrechez del uréter en la desembocadura de la vejiga, seguida de retención urinaria y dilatación de su porción superior.

En 1850, Pemberton, cita un caso de desarrollo imperfecto de un riñón.

En 1851, Barth, observa la atrofia de un riñón y la atribuye a una parálisis del desarrollo, se trata de un órgano sin lesión aparente, con una altura de 4 centímetros y 2 y medio de ancho, cuya sustancia cortical y medular, está poco diferenciada.

En 1852, Gouriet, relató un caso en que el riñón derecho era 2 centímetros más grande que el izquierdo y éste tenía su borde interno convexo como el externo y la cara anterior era el punto de origen de sus vasos y conductos urinarios, estos últimos, después de un trayecto de 3 centímetros se unían y formaban el uréter único.

En la observación de Voisin, en 1854, se trataba de una autopsia hecha en un individuo de 60 años, con un riñón atrófico y el otro hipertrófiço.

El riñón izquierdo era pequeño, todo envuelto por una sustancia celular densa, con sus vasos, cuatro ve-

ces más pequeños que los del derecho. Este último de aspecto normal, pero aumentado de volumen. Más tarde en 1859, Bastien y Legendre, hacen una completa descripción de la autopsia hecha en un feto a término donde encontraron, que el lugar que correspondía al riñón derecho, estaba particularmente ocupado por un pequeño nódulo rojizo, envuelto en un tejido celular y capilares numerosos, el uréter del mismo lado muy pequeño y más delgado que el del lado opuesto. Los nombrados autores, créen que se trataba de parálisis de desarrollo y de una alteración inflamatoria, que quizá a una edad más avanzada, hubiese hecho desaparecer el riñón sin dejar de la glándula, vestigio alguno.

En 1862, Deban, publica el siguiente caso: hombre de 60 años, con un riñón derecho del tamaño de una nuez y el uréter correspondiente termina en un cordón fibroso. Riñón izquierdo aumentado de volumen y con nefritis calculosa.

La observación de Ferran, en 1862, se trataba de una anomalía de riñón y uréter, ausencia de riñón derecho y su lugar ocupado por un pequeño quiste; el uréter dilatado al llegar a la vejiga semejando una ampolla. Los vasos normales.

Rosemburger, en 1863, hace notar la presencia de un útero bicornio que acompaña a una anomalía de riñón, pues el lugar que corresponde al riñón derecho estaba libre y encuentra sólo una masa fibrosa situada a la derecha del recto y en la cual no era posible distinguir ni sustancia medular ni cortical.

Hertz, en 1869, publica dos casos de su observación, un hombre de 29 años, cuyo riñón izquierdo medía 4 centímetros de largo por 1 y medio centímetros de ancho, con degeneración amiloidea, la cápsula suprarenal es normal así como las arterias.

Hertz, tiene otro caso de riñón izquierdo atrófico, uréter estrecho y degeneración amiloidea.

Lanquet, en 1872, menciona un caso al parecer congénito, el riñón izquierdo atrófico y la aorta abdominal obliterada por un coágulo.

En 1872, Magnant, cita que en una autopsia de una mujer de 36 años, muerta de uremia, el riñón izquierdo tenía el tamaño de una nuez y estaba como perdido en el tejido celular de la región.

Watson, en 1874, menciona una autopsia en la que encuentra, el riñón izquierdo más grande de lo normal, pués su peso llega a 285 gramos, mientras que el derecho mide 37 milímetros de largo por 2.5 centímetros de ancho; al corte no hay distinsión de médula ni de corteza; al microscopio gran cantidad de tejido fibroso y aisladamente alguno que otro tubo algo más grande que los uriníferos y que tienen al parecer relación con algo que se asemeja al glomérulo de Malpighi.

El uréter permeable a nivel de la vejiga se transforma a medida que asciende, en un cordón fibroso que se pierde en el tejido subperitoneal, sin llegar, pués a tener relación con el riñón.

En 1875, Montard, en una mujer encuentra el riñón derecho atrófico y apenas reconocible, cuyo

peso sólo llega a 15 gramos, la superficie mamelonada y el parénquima reblandecido.

El riñón izquierdo tuberculoso.

Poco después Eppinger, en la autopsia de un hombre de 22 años, muerto de fractura de cráneo encuentra, anomalías de los vasos renales, del riñón y del uréter, este último viene a desembocar en la vesícula seminal izquierda, habiendo formado antes a nivel de la pared de la vejiga, una dilatación en forma de bolsa que hace saliencia dentro de esta última. Al microscopio este autor observó que los vasos se ramifican en ángulos agudos y se resuelven bruscamente en bouquet de capilares, y hace notar que no hay coalescencia glándulovascular.

El tejido glandular está formado por tubos rectilíneos, tapizados de epitelio cilíndrico y formaciones quísticas.

Talamon, en 1877, describe el caso de una transformación quística de un probable origen congénito; se trataba de un enfermo de 5 años de edad, con la vejiga normal, el riñón derecho de doble tamaño que lo normal y el riñón izquierdo dió la impresión de un tumor de 16 centímetros por 13 centímetros, la arteria y las venas dilatadas, con siete cálices diverticulares en forma de saco, el bacinete muy dilatado y vacío; uréter permeable. Pero, a pesar de ser éste, un caso de riñón poliquístico, creo que merece citarse, puesto que las partes de apariencia sana de este riñón como lo

hace notar dicho observador, al microscopio hacía ver muy bien la atrepsia de sus tubos.

Arnold, en 1878, sobre un recién nacido observa el riñón izquierdo con formaciones quísticas, pero el riñón derecho sólo pesaba 4 gramos, con sus cálices obliterados, las papilas desaparecidas y la luz de las arterias estrechada.

Coster, en 1879, sobre un niño de 14 años encuentra el riñón izquierdo descendido delante de la sínfisis sacroilíaca y atrófico y el otro riñón hipertrófico y de aspecto normal.

Eppinger, en un segundo caso por él observado en 1881, sobre un hombre de 52 años, con pseudohermafrodismo interno, con vagina a la derecha, de 38 milímetros y con órganos genitales machos normales, pudo comprobar la presencia del riñón derecho rudimentario; un pequeño uréter, cuya luz cesa a 7 milímetros de la línea innominada y la unión de éste con la parte superior del canal de Müller; la arteria renal derecha obliterada, la cápsula suprarrenal, normal. El riñón izquierdo con nefritis aguda.

Kolster, en 1883, en la autopsia de un hombre de 23 años con el riñón izquierdo hipertrófico, observa el otro riñón muy reducido de volumen y estructura fibrosos. Y en 1885, nuevamente Kolster, vuelve a hallar, en la autopsia de una mujer de 75 años, el riñón izquierdo hipertrófico, de superficie desigual y granulosa, y el riñón derecho atrófico y soldado a la superficie inferior del hígado, quedando solamente del

riñón una pequeña parte del parénquima renal, el bacinete muy dilatado y el resto correspondía a los cálices.

Wilks y Moxon, en 1885, al hacer la autopsia de una mujer que murió a los 23 años de albuminuria crónica, pudieron comprobar tan solo la presencia de dos pirámides en cada riñón, éstos eran muy pequeños y de desarrollo imperfecto.

Morris, en el mismo año cita el caso de un recién nacido que sobrevivió cinco días, con imperforación del ano y cuyo riñón derecho medía 2.55 centímetros, con su bacinete dilatado y el riñón izquierdo sólo medía 0.85 centímetros.

Este mismo autor, cita en su libro, en el capítulo de la atrofia unilateral del riñón, el caso publicado por Ebstein, de un hombre de 25 años, cuyo riñón izquierdo hipertrófico, coexiste con la presencia en el lado opuesto de una pequeña masa de tejido fibroso, más pequeño, según dice, que la cápsula suprarrenal, en el cual no se descubre ni glomérulo, ni tubos uriníferos, empero estaba relacionado con un pequeño uréter, una pelvis y una rudimentaria arteria renal.

Ebstein, ha considerado este caso como de atrofia congénita. Cita también, el caso de la muchacha, cuyo cadáver fué disecado por Poupart y la autopsia del cadáver del cura y la mujer disecados por Valsalva, como atrofias congénitas, puesto que de acuerdo con la doctrina de Aristóteles, el riñón falta siempre que no

exista vestigios de vasos o de uréter como debió haber sucedido en estos casos.

Después de Morris, tenemos al año siguiente la observación de Menetrier, que se trataba de un niño de 12 años, cuyo riñón izquierdo tenía un centímetro y medio de largo por cuatro de espesor y siete de ancho con sus vasos dispuestos normalmente.

Al microscopio se observa la presencia de un estroma fibroso, numerosos vasos y tubos tapizados con epitelio, en el centro de este pequeño órgano una cavidad en relación con el uréter.

Bamberger, en 1887, hace tan solo mención de una autopsia en que encontró un riñón atrófico.

Sánot y Prantois, en 1888, de la autopsia de una mujer de 70 años dan a conocer las siguientes dimensiones del riñón derecho: largo 0.46 milímetros; ancho 0.015 milímetros; a nivel del ilio 0.022 milímetros; por dedajo, y 0.019 milímetros por encima, no encontró diferencia cortical ni medular.

El riñón izquierdo era normal, su peso era de 130 gramos.

Kolster, vuelve nuevamente en 1888, a observar dos nuevos casos, en uno el riñón izquierdo medía 6 centímetros de largo por 3 centímetros de ancho; de superficie lisa y sustancia cortical delgada. El riñón derecho 13 centímetros por 7 centímetros. El otro caso, se trataba de un sujeto de 43 años, con el riñón izquierdo grande y congestivo, con la sustancia cortical hipertrofiada; el derecho atrófico, de superficie lo-

bulada, con surcos profundos y al corte, la sustancia cortical sólo existe en parte.

Sebilean, como hallazgo de autopsia, describe el caso de una mujer escoliótica con anomalías de vasos y de canal escretor.

El riñón derecho pequeño, apenas la mitad del izquierdo; éste ligeramente hipertrófico.

El riñón derecho recibe arterias, dos uréteres, uno sale de la parte media y el otro de la parte ínferointerna, luego se dirige hacia abajo y al nivel del ligamento ancho, donde se unen en uno solo para terminar en la vejiga, siendo en todo su trayecto permeables.

En 1890, Penrose, encontró en una autopsia, que el riñón izquierdo estaba formado por una serie de pequeños quistes y que el uréter correspondiente estaba representado en sus dos tercios superiores por un delgado cordón de tejido fibroso y el tercio inferior normalmente desarrollado. Los vasos eran pequeños. Se encontró en el riñón derecho dos abscesos y el uréter considerablemente dilatado.

Teyssedre, publica un detallado trabajo sobre un caso de atrofia congénita de riñón derecho, con enorme disminución del calibre de sus vasos y malformación en el uréter. Se trataba de un pequeño riñón de 0.85 gramos de peso, de un color blanquecino que tenía más bien el aspecto de un ganglio. El uréter se transforma a nivel de su porción superior en un cordón fibroso. Su parte inferior es de aspetco normal como la del lado opuesto.

En 1892, Brunelle, bajo el título de parálisis del desarrollo de un riñón, señala el caso de un hombre de 20 años, cuyo riñón izquierdo voluminoso y en situación normal, era acompañado de un riñón izquierdo atrófico, de 3 centímetros de largo por 2 centímetros de ancho, 3 milímetros de espesor y de 8 gramos de peso, su uréter de paredes espesas, de estrecha luz, era del tamaño inferior a lo normal.

Al microscopio hace notar la ausencia completa de glomérulos y que la mayor parte del órgano está constituída en tractus de tejido conjuntivo y uno que otro tubo de diámetro doble o triple, al de los tubos corticales normales.

Mac Donald Brown, publica un trabajo sobre desarrollo del riñón y variaciones en la posición, aportando un caso de atrofia renal congénita.

Kolster, en una autopsia que hizo en un niño de dos años, se encontró con el riñón izquierdo de forma cilíndrica, de diez centímetros de largo por cuatro de ancho, el bacinete dilatado y lleno de un líquido claro seroso. En el lugar ocupado por el riñón derecho, hay una masa de tejido denso, situada contra la columna vertebral, de dos centímetros de ancho por cuatro de largo y de un espesor de varios milímetros, que tiene la forma de un riñón. No fué posible encontrar vestigios del uréter, en la vejiga se halló una pequeña cantidad de orina clara; del lado derecho no existe ni trazos de desembocadura del uréter.

Al año siguiente Kolster, encontró en la autopsia de

un hombre de 26 años, que en el lugar ocupado por el riñón derecho existía un órgano rudimentario de seis centímetros de largo por tres centímetros de ancho y de consistencia semejante al cuero. Al corte este órgano estaba constituído por una capa central reblandecida. Al microscopio observó dos láminas en las que se veían glándulas tubulares paralelas, cuyos fondos de saco, eran dirigidos hacia la superficie.

François Dainville, en 1902, describe con el título de anomalías de riñón, un caso que halló en una autopsia de un hombre atacado de mal de Bright, insuficiencia aórtica y muerto de edema agudo de pulmón. El riñón derecho pesaba 30 gramos y parecía que sólo la parte superior se había desarrollado, pues la parte inferior estaba considerablemente atrofiada.

En cuanto al riñón izquierdo, pesaba 250 gramos y tenía lesiones propias del mal de Bright.

Zondeck, en 1903, describe de la siguiente manera, un caso observado por él: el riñón atrófico tenía apenas el volumen de una almendra, mientras que el otro riñón era el triple de lo normal. Los vasos del órgano atrofiado, seguían su trayecto normal, pero había dos arterias anormalmente delgadas.

Genard, en 1903, publica tres casos, en el primero se refiere a una anomalía de volumen del riñón derecho y anomalía de relación y abocamiento de la vena renal izquierda; el riñón derecho medía 79 milímetros de largo por 37 milímetros de ancho y 8 milímetros de es-

pesor; el riñón izquierdo era normal en cuanto a su volumen, pero anormal en cuanto a sus vasos.

El segundo caso fué hallado en la autopsia de una mujer del asilo de Bailleril.

El riñón derecho globuloso y muy separado de la cápsula suprarrenal, medía 58 milímetros de largo por 39 de ancho, pero de espesor casi normal; en cuanto al riñón izquierdo era algo más voluminoso.

Por último, el tercer caso de Gerard, era una autopsia casi completa del riñón derecho, encontrada en una mujer y que el autor la compara a una pequeña haba, muy aplanada de 29 milímetros de largo por 16 milímetros de ancho y 8 milímetros de espesor; la arteria renal muy disminuída, tanto de longitud como en su diámetro, la vena renal única, el bacinete totalmente ausente y en cuanto al uréter, falta en su parte superior y a nivel de su porción inferior existe casi normal, pero al llegar a la vejiga termina en fondo de saco cerca de la desembocadura del uréter izquierdo. El riñón izquierdo es ligeramente hipertrófico y bien desarrollado.

Robinson, en 1904, refiere un caso de aplasia aórticorrenal izquierda y cita en su monografía otros dos casos, que pertenecen a Jemenf.

Shutherland y Edington, en 1904, en un hombre de 22 años, muerto de una crisis reumatismal, se encontraron con que el riñón derecho medía 3.5 centímetros verticalmente por 2 centímetros transversalmente, su

forma, era normal, así como su bacinete y uréter. El riñón izquierdo ligeramente hipertrofiado.

Otro caso que refieren estos mismos autores, se trataba de una atrofia renal derecha con hidronefrósis e hipertrofia compensadora del otro riñón.

El riñón izquierdo es considerablemente más grande que lo normal, trilobulado y de superficie rugosa.

Hacen notar también la presencia de dos arterias espermáticas de cada lado.

En 1905, Mark, relata un caso de agenesia renal izquierda e hipertrófica del riñón opuesto.

Monod, el mismo año, refiere el caso de un hombre operado de urgencia en su servicio con diagnóstico de anuria calculosa.

A este enfermo, se le hizo una nefrostomía que permitió el libre derrame de la orina por la herida.

En la autopsia no se encontró el riñón izquierdo y en su lugar se halló una cáscara esférica de paredes duras, del tamaño de una mandarina, se abre y da salida a un líquido turbio que no se parecía a la orina.

El uréter no existe y abierta la vejiga, se halló un solo orificio que correspondía al uréter derecho.

Shener, poco después publicó tres casos.

En la autopsia de un niño de tres años y medio encuentra en el lugar que correspondía al riñón izquierdo, un quiste seguido de un corto cordón que a su vez llevaba dos pequeños quistes, examinados al microscopio encuentra en el cordón restos de epitelio ureterino y en el quiste, algunos elementos de riñón.

En otra autopsia de un muerto de neumonia, encuentra en el lugar del riñón derecho, entre el tejido celular retroperitoneal, un pequeño cuerpo que medía alrededor de tres centímetros y medio de longitud, aplanado y repleto de pequeñas cavidades y en el examen histológico dejó ver restos de tejido renal.

El tercer caso de Schener, se trataba de un hombre de setenta años, muerto de cirrosis de hígado, se le encontró en el tejido retroperitoneal, en el sitio habitual de los dos riñones, dos cuerpos del volumen de una pequeña nuez, de un color pardo rojizo que parecían dos ganglios linfáticos.

El examen microscópico mostró que estos cuerpos eran verdaderamente restos del cuerpo de Wolff.

Sternberg, en 1907, en un niño de tres días, muerto con atrepsia de ano y malformaciones de la aurícula y ventrículo, se encontró con el riñón izquierdo atrófico y que estaba constituído en su mayoría por el bacinete; de éste partía un cordón fibroso que examinado al microscopio dejó ver que pertenecía al uréter, a continuación de este uréter se podía observar un pequeño cuerpo fusiforme, de un centímetro y medio de largo, de superficie mamelonada y en relación con un cordón bastante corto, este cordón era el deferente que iba al epidídimo izquierdo y que había quedado junto con el testículo en la cavidad abdominal. Examinada la vejiga no se encontró el orificio del uréter izquierdo.

Stefani, en el mismo año hace una completa des-

cripción de una pieza encontrada en la autopsia de un hombre de cincuenta y ocho años. Se trata del riñón izquierdo atrófico, cuyas dimensiones son tres centímetros de polo a polo, por un centímetro y medio de ancho y ocho milímetros de espesor a nivel del hilio, la forma estaba conservada y su consistencia firme.

Este riñón estaba provisto de un delgado uréter, permeable en toda su extensión, la arteria y vena renal normales, de acuerdo con el tamaño reducido del órgano.

Garre, en ese mismo año, refiere en su tratado de cirugía renal, un caso del profesor Beneke.

Fué encontrado en la autopsia de una niña, cuyo riñón izquierdo sólo llegaba a un cuarto de volumen del normal; sólo tenía una papila. El riñón opuesto presentaba una atrofia compensadora y trazas de nefritis.

Polack, en 1908, publica una observación personal de un enfermo que entra en el servicio del doctor Begouin, a consecuencia de un choque recibido a nivel de la región abdominal izquierda, muriendo dos días después de peritonitis.

La autopsia dejó ver el riñón izquierdo voluminoso, al corte de apariencia normal, con vasos y uréter en buenas condiciones.

En el lado derecho se va en busca del riñón, este no se encuentra en su sitio, se piensa en una ectopia, pero tampoco aparece y sólo se ve el uréter en su posición normal, éste se sigue de abajo hacia arriba y así llega a una masa aplanada, perdida en el tejido celu-

lar retroperitoneal, de contornos irregulares y de las siguientes dimensiones: de largo cinco centímetros y de ancho, tres centímetros.

En cuanto a las arterias y venas, la disposición es normal, pero el calibre es muy reducido, lo mismo pasa con el uréter.

Polack, hace un detenido estudio de este riñón y lo presenta como un caso de atrofia congénita.

Otro caso publicado por Polack, observado en una autopsia hecha a un obrero del arsenal de Rochefor, muerto de tuberculosis pulmonar, en el que notó la ausencia del riñón derecho y en su lugar existía una cáscara fibrosa que comunicaba con el uréter que estaba sano y permeable, presentando el orificio vesical normal.

El riñón izquierdo lobulado e hipertrófico.

Pols Leusden, en un niño de tres meses encuentra en el sitio del riñón derecho, un grueso nódulo de diez milímetros por tres milímetros, sin distinción de corteza ni médula, al corte. El uréter muy neto, puede ser seguido hasta muy cerca del riñón, pero en su tercio superior existen dilataciones y estrecheces y a nivel de su tercio inferior muy dilatado, llegando hasta ocho milímetros de diámetro, al llegar a la vejiga.

Le Play y Faroy, en 1909, señalan otro caso de riñón izquierdo atrófico, de consistencia del cauchú, de cincuenta gramos de peso, plurilobulado de aspecto fetal y forma irregular.

El riñón derecho hipertrofiado, voluminoso, de un

tinte amarillo, de consistencia blanda y ligeramente lobulado, su peso es de trescientos cincuenta gramos.

En el mismo año, en una mujer intervenida por embarazo extrauterino y muerta poco después por hemorragia, encuentra y describe Papin, anomalías de ambos riñones, los dos lobulados, de aspecto fetal y de desiguales dimensiones. El derecho tenía 12.5 centímetros de largo por 5.2 de ancho y de 120 gramos de peso, este riñón tenía una vena y dos arterias.

El riñón izquierdo presentaba nueve centímetros de largo par tres de ancho y 55 gramos de peso.

Al corte el aspecto era normal.

Otro caso aportado por Papin, es el que describe como un simple hallazgo de autopsia, que pertenecía a un viejo muerto en el hospicio de Bicetro y el cual nunca dió antecedentes renales.

El riñón derecho como forma y como aspecto era normal, en cuanto a su volumen, era el doble de un riñón ordinario.

El izquierdo muy pequeño, apenas el volumen de una nuez con una ligera lobulación fetal, un voluminoso bacinete, un uréter normal y permeable, una gruesa vena renal y dos arterias venidas de la aorta. El trígono vesical normal.

Gastaldi, en 1910, en su tesis de doctorado, describe otro caso de aplasia renal, encontrada en la autopsia de una mujer muerta de enfermedad mitral, sin mayores antecedentes renales.

El riñón derecho del volumen y peso normal, deja ver lesiones de nefritis. El riñón izquierdo pequeño, atrófico, con un peso de cuarenta gramos. Su forma es conservada, pirámides en pequeño número, pero bien desarrolladas, sustancia cortical y medular bien diferenciada; en cuanto al uréter nada de anormal.

EMBRIOLOGIA

Entre los órganos abdominales en que con más frecuencia se observan anomalías de desarrollo y de posición, figuran en primer término el sistema urinario y genital. Organos esencialmente móviles desde su origen, deben recorrer en las primeras semanas de la evolución embriológica, un determinado trayecto, en sentido opuesto para cada sistema; el sistema renal ascendiendo del extremo caudal del feto a la columna lumbar y los órganos genitales descendiendo del vértice del cuerpo de Wolff a las bolsas. Sin mayor esfuerzo se puede, pues, aceptar que cualquier alteración en este sentido dará lugar a posiciones viciosas, bien manifiestas en el adulto. Por otra parte, como el sistema renal tiene un origen doble, puesto que está formado por dos núcleos distintos, uno secretor y el otro excretor, la detención de uno de ellos dará lugar

a malformaciones, aun más graves y algunas de ellas incompatibles con la vida.

Comprende el desarrollo del riñón dos períodos distintos, uno fetal y el otro extrauterino, este último afecta más bien los caracteres anatómicos generales del riñón y especialmente de la pelvis renal.

El parénquima renal llegado al noveno mes de la vida intrauterina está totalmente desarrollado.

No describiremos más que el primer período, origen y desarrollo fetal del riñón, el único que nos interesa para la interpretación de las anomalías que vamos a estudiar.

En su período inicial, el riñón se compone de dos elementos distintos por su origen, su evolución y su rol ulterior, a saber: brote renal y brote parenquimatoso secretor, blastema mesonefrítico de W. Mayo, cuyo origen radica en el extremo distal del cuerpo de Wolff, y el brote excretor (que dará origen a la pelvis renal, cálices y uréter), y que se origina del conducto de Wolff. Ambos brotes ocupan la cara posterior del extremo de dicho órgano de Wolff.

En esta época embriológica, la alantoides y la cloaca forman un canal único.

En la tercera semana de la vida intrauterina con el avance lento y progresivo del septum urogenital comienza el esbozo de separación entre la alantoides y la cloaca. En esta tiene lugar la desembocadura del canal urogenital.

En la cuarta semana se observa que el canal común

del riñón y cuerpo de Wolff, desemboca en la alantoides, sitio futuro de la vejiga.

A partir de este momento el riñón, que hasta entonces era posterior, con su hilio dirigido hacia adelante y su canal excretor desembocando en la alantoides sufre un movimiento de rotación de 180°, haciéndose lateral al mismo tiempo que se inicia un ascenso hacia la futura columna lumbar, no diferenciada aún.

En la quinta semana hay ya separación entre el uréter y el canal de Wolff, ambos canales se echan aisladamente en la alantoides, el urétter por fuera del canal de Wolff.

El crecimiento del septum genital continúa, llegando a la separación completa entre el recto y la vejiga en la sexta semana.

Entre la quinta y sexta semana comienza el ascenso franco del riñón, debiendo atravesar la barrera opuesta por las arterias ilíacas. De ahí la frecuencia de las ectopias ilíacas del riñón.

Al pasar de la estrecha cavidad pelviana a la cavidad abdominal el órgano sufre un movimiento de rotación interna, dirigiendo su cara pedicular hacia la línea mediana, hacia la columna. Tal rotación llega a su fin a la vigésima semana.

Durante este ascenso los polos renales superiores están separados, los inferiores unidos; tal persistencia forma en el adulto el riñón transversal en herradura con su uréter por delante. Hay casos en que la fusión tiene lugar no sólo por el polo renal inferior, si-

no por toda la cara interna dando lugar entonces a los riñones informes de observación rara.

En la octava semana aparece la cápsula suprarrenal y el cuerpo de Wolff se reduce, siendo reemplazado por los órganos sexuales.

La lobulación renal tiene lugar en la undécima semana.

La no fusión completa entre los núcleos de origen del riñón, da origen al hipernefroma o mesotelioma renal. Veremos más adelante lo discutido que es aún hoy el origen de tales tumores renales.

Los quistes renales bilaterales congénitos, incompatibles con la vida, provienen de la falta de unión entre ambos núcleos de origen, núcleo secretor y núcleo excretor.

Vascularización renal. — La pelvis renal y el uréter tienen una vascularización propia, independiente de la del riñón y proveniente del plexo de Wolff, está representada por vasos largos y tortuosos.

El parénquima renal toma sus vasos de la aorta.

La formación del parénquima renal, precede a la de los vasos, de tal manera que éstos se adoptan a la disposición primitiva del parénquima, se explica así que las arterias renales sean rámas de la aorta cuando el ascenso renal es completo, de la ilíaca primitiva cuando el riñón está en ectopia ilíaca. Con la irrigación sanguínea comienza ya el desarrollo del parénquima, la formación de glomérulos y la división de las pirámides primitivas. La mayoría de los casos de riñón

atrófico relatados, representa la persistencia del riñón fetal de la séptima u octava semana de evolución por su tamaño, forma y caracteres anatómicos y microscópicos.

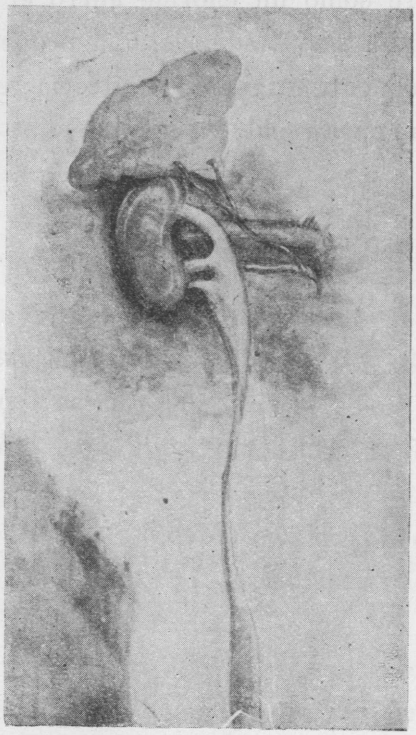

Fig. 1 -- Dibujo del Dr. R. Finochietto.
Cápsula supra-renal normal, con su arteria cápsular inferior.— Pequeño riñón en «haba» arteria y vena renal.—Bacinete con 3 cálices - uréter atrófico, casi filiforme en su mitad superior.

Como se ve claramente en el dibujo adjunto, que lo debo a la gentileza y amabilidad del doctor Ricardo Finochieto, se trata de un pequeño riñón no lobulado, de un centímetro y medio de ancho por tres centímetros

de largo, con una pelvis renal pequeña, con tres cálices, su arteria y vena renal, ambos de volumen disminuído sobre toda la arteria.

La cápsula suprarrenal que ha seguido su evolución normal, cubre como un enorme gorro el pequeño riñón subyacente. Se ve, además, una pequeña rama arterial, que tomando origen en la arteria renal, penetra en la cápsula supra renal; arteria capsular inferior.

HISTORIA CLINICA

Hospital Rawson. Pabellón V, sala 1. Servicio del doctor Arturo Medina.

Historia 1786. Operador, doctor R. Rodríguez Villegas.

Manuel Lista, de 30 años de edad, español, jornalero. Ingresa al servicio el 4 de Noviembre de 1915 y fallece el 1.º de Diciembre de 1915.

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia; no da antecedentes venéreos, fué siempre muy sano.

Sujeto bien constituído, fuerte, muy trabajador, sin *ninguna malformación visible,* no es bebedor ni fumador. Varicocele izquierdo hace 14 años. Hace dos años recibió un fuerte golpe en la región renal izquierda, tiene hematurias que le dura tres días. Desde entonces no se siente bien, solía tener ligeros dolores renales cada dos o tres meses.

Comienza la afección hace seis días, en que sin causa ninguna en plena salud y estando durmiendo, es despertado por un fuerte dolor en la región renal izquierda, irradiado hacia el testículo y muslo del mismo lado; tiene cuatro vómitos biliosos abundantes y temperatura a la tarde.

Desde entonces no orina, la anuria es completa.

Estado actual. — Llama la atención la sobre-excitación del enfermo, que responde con violentas sacudidas, a la menor excitación.

Facies ansiosa, miosis intensa, exoftalmia, clonus del pie y de la rótula, contracciones fibrilares generalizadas.

Varicocele muy doloroso, lo mismo que el cordón. Es de notar la defensa abdominal que impide la palpación renal siendo sobre todo muy pronunciada en el lado izquierdo, debido al dolor más intenso en este lado.

Pulso amplio, duro, tenso, sesenta y cinco pulsaciones por minuto, no hay temperatura. Se le sonda varias veces la vejiga y no se consigue ni un gramo de orina. *El enfermo en estado sub-conciente ingresa caminando al servicio después de seis días de anuria absoluta.*

Operación, Noviembre 2 de 1915. — Anestesia intraraquídea con 0.08 gramos de estovaina, entre la duodésima dorsal y la primera lumbar, se termina la operación con éter. Incisión de Albarrán-Israel, se comienza el desprendimiento del riñón por su cara anterior y polo inferior después la cara posterior y polo superior.

Al hacer esto, se separa la cápsula propia del riñón,

cápsula libre sólo adherida en uno que otro punto y que al desprenderse sangró mucho.

Riñón grande, duro, rojo, francamente globuloso, de aspecto fetal. Dado su tamaño, hay muchas dificultades para exteriorizarlo. Bacinete chico; se hace hemostasia del pedículo con un clamps a lo Albarrán. Nefrostomia en el tercio medio del riñón. Cálices normales, no contienen orina.

No hay en el parénquima que está francamente alterado, quistes de retención. Explorando el cálice superior da la sensación de un cálculo, se incinde el polo superior y no se descubre nada. Se trata de arenillas renales, nefritis difusa litiásica, forma grave de la litiásis renal.

Abierto el riñón, se trata de practicar un cateterismo retrógrado uretral y la sonda se detiene a diez centímertos, es bueno hacer notar que el clamps no comprendía el uréter, según indicación habitual.

Se sutura el parenquina renal con catgut Bartlet, nudos de Albarrán. Se colocan dos tubos de goma intrarenales, una gasa entre cara posterior de riñón y fosa lumbar. Sutura de la pared, según manera habitual.

El enfermo tiene, después de operado, una tensión arterial igual a 180 del aparato Riva-Rocci.

Terminada la intervención, *sale orina por los tubos.*

La intervención fué llevada sobre el riñón izquierdo por varios motivos, a saber: 1.° por haber sufrido hace dos años un serio traumatismo sobre este riñón; 2.° la defensa abdóminorenal era más pronunciada en este

lado, y 3.° el enfermo acusa dolor únicamente en el riñón izquierdo, todos éstos son elementos que según Leguen, bastan para llevar la operación en este riñón y no en el derecho.

Noviembre 2.—Drena gran cantidad de orina, el enfermo duerme mal, delira y tiene gran excitación, T. A. igual 158. Sondaje vesical negativo.

Noviembre 11.—Hace tres días que orina 2000 gramos; la nefrostomia dà unos 500 gramos.

Citoscopia. Los dos uréteres eyaculan, el izquierdo en forma intermitente, el derecho casi continuamente y en muy pequeñísima cantidad. Parece tratarse de una parálisis del esfinter ureteral.

Se introduce una sonda en cada ureter, a izquierda llega hasta el riñón, a la derecha se detiene a los diez centímetros.

Se hace diagnóstico de reflejo reno-renal, por cálculo enclavado en el *uréter derecho*. Tacto retal negativo Noviembre 15. Miocarditis se le indica digitalina, aceite alcanforado, después estricnina; reacciona favorablemente.

Noviembre 17.—No orina, se hace una citoscopia y se descubre un pequeño cálculo en el uréter izquierdo con un golpe de sonda, el cálculo cae en la vejiga.

Después orina bien, pero el estado general decae.

Diciembre 1.—Fallece en plena uremia.

Waserman en suero, X X.

Waserman en líquido céfalo-raquídeo, X.

Cuti-reacción de V. Pirquet, negativa.

Análisis de orina

Urea	15.37	—
Fosfatos	2.20	0.85
Cloruros	3.20	7
Urobilina	Normal	Normal
Glucosa	No hay	No hay
Sangre	No hay	No hay
Albúmina	Vestigios	0.25 gr. %

Indican: regular cantidad.

Diazo: reacción negativa.

Sedimento: Gran cantidad de fosfato amónico no magnésico, pus y células planas vesicales y ureterales.

Autopsia. — Riñón izquierdo grande, lobulado de aspecto fetal, francamente degenerado, con lesiones de nefritis litiásica; todo el parénquima renal está cubierto al corte de arenillas, no se ve ningún cálculo, riñón de más de veinticinco centímetros de longitud. Riñón derecho. Atrofia congénita, pequeño riñón en forma de haba, ocupa el sitio del riñón normal rodeado por una abundante atmósfera grasosa, tiene *tres centímetros de largo por un centímetro y medio de ancho.* La situación de este pequeño órgano, era la que normalmente le corresponde al riñón, estaba envuelto y confundido con el tejido celular adiposo peri-renal. Al corte no se notaba a simple vista diferencia entre sustancia cortical y medular, sólo se observa la presencia de pequeños quistes al parecer mucosos que drenaron al simple corte.

La arteria, vena renal y bacinete de acuerdo con el tamaño del riñón. El uréter en su mitad superior, o sea desde el bacinete hasta unos diez centímetros por debajo es muy delgado casi filiforme, con una luz muy pequeña y más abajo es de aspecto y tamaño normal; esto explica que la sonda uretral entra unos diez centímetros y luego se detiene dando la impresión de tratarse de un cálculo enclavado en ese sitio.

Al nivel del trígono vesical no hay nada de anormal, los orificios ureterales existen, son permeables y de diámetro más o menos iguales.

No se descubre en los otros órganos ninguna malformación congénita.

Examen histológico. — Del estudio minucioso realizado por los doctores Merzbacher y Rojas del Instituto Modelo de Clínica Médica del Hospital Rawson, resulta:

Laboratorio de Histología Patológica.

N.° de trabajo 152.

N.° de registro 347.

Catálogo Ea. 129.

Fecha de entrada, 1.° de Diciembre de 1915.

Procedencia, Pabellón V, Sala 1, Hospital Rawson.

Piezas, dos riñones.

Pregunta, estudio histológico.

Fijación, formol.

Cortes, parafina.

Descripción histológica. Riñón izquierdo. En cortes transversales practicados a diversas alturas se puede

apreciar la escasa cantidad de parenquima útil en este riñón. En ningún caso se ha establecido una marcada diferencia entre sustancia cortical y medular. Los glomérulos son pequeños, compactos, apretados por una cápsula de Bowman, espesa, en la que no se observa el endotelio.

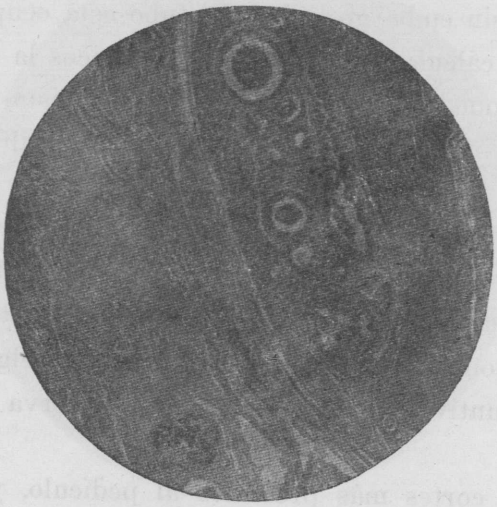

Fig. 2 — Tubos de Bellini en los que se ve las alteraciones del epitelio, la dilatación y los cálculos que los ocupan.—Se ve que uno de esos tubos está totalmente ocupado por un cálculo.

En el interior del glomérulo llama la atención la escasísima cantidad de hematíes, se pueden obtener uno o dos cuando los hay.

El epitelio de los tubuli-contorti en marcada degeneración turbia y en igualdad de condiciones los de las ansas de Henle. Estas parecen ser de mayor calibre que las que se observan en riñones normales.

El epitelio de los tubos de Bellini, los que mejor se han podido observar por ser más abundantes, se presetan con menos alteraciones celulares que los anteriores, la degeneración turbia es menos marcada, no hay desprendimientos. Pero hay grados en las alteraciones, puede decirse que cuando la luz del tubo está libre el epitelio está muy poco alterado; en la gran mayoría de ellos, sin embargo la luz del tubo está ocupada por pequeños cálculos de uratos, microscópicos la mayoría, algunos pueden observarse a simple vista, midiendo aproximadamente un milímetro a milímetro y medio.

En los tubos en que hay cálculos, el epitelio está disminuído; como apretado, desapareciendo todo rastro de él en aquellos donde los cálculos son mayores, estando entonces éstos recubiertos por una delgada cápsula conjuntiva. En algunos tubos se observa cilindros hialinos.

En los cortes más próximos al pedículo, ya no es posible identificar ningún elemento histológico normal.

No se aprecia ni glomérulos ni tubos contorneados ni ansa de Henle, ni tubos de Bellini.

Llama la atención unas formaciones circulares o elípticas rodeadas por una delgada capa conjuntiva y que están formadas por grandes células cilíndricas, muy claras, de protoplasma finalmente granuloso dispuestas radialmente de núcleo pequeño y picnótico.

En alguna de estas formaciones se puede observar

una pequeña luz, puntiforme a veces, algo mayor en otras.

La disposición de sus células y la textura de su protoplasma nos induce a pensar en tubos colectores transformados.

Fig. 3 — Formaciones que se encuentran en la parte media del riñón y que hemos interpretado como tubos colectores transformados.

En todos los cortes se han podido establecer las siguientes alteraciones en los vasos sanguíneos. Endarteritis obliterante, llegando a veces a la total oclusión de la luz de las pequeñas arteriolas, degeneración hialina de la túnica media y periarteritis.

En las arterias de mayor calibre estas alteraciones

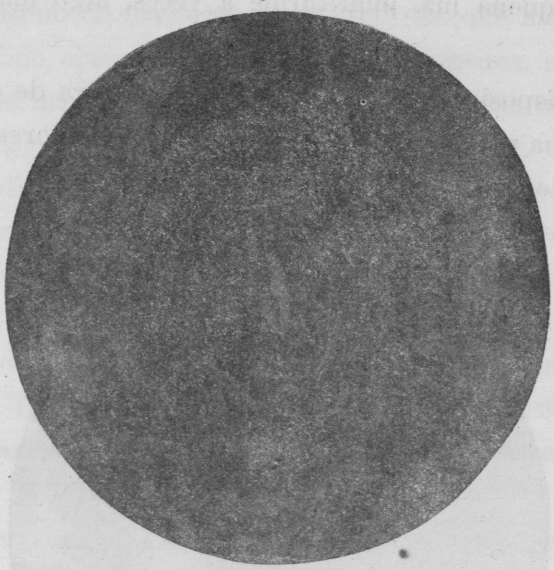

Fig. 4 — Arteria de un m.m. de diámetro en França endoarteritis obliterante é infiltración calcarea de la túnica media.

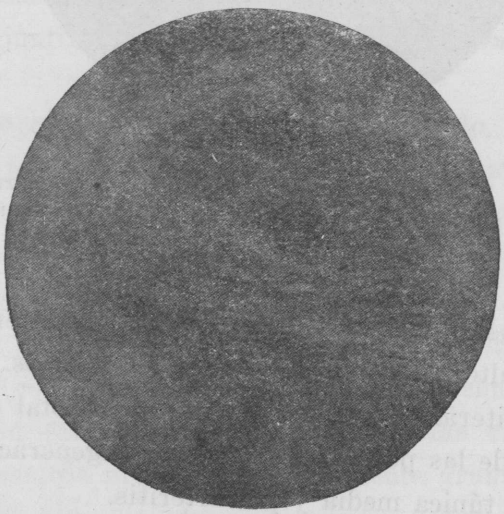

Fig. 5 — Arteriolas en que la obliteración por endarteritis es casi total.

son mayores y se agrega a ellas la infiltración calcárea.

Las lesiones de las venas son mucho menos intensas.

Todos estos elementos están ubicados en medio de una enorme masa de tejido fibroso adulto que constituye la gran mayoría del órgano desde que los elementos funcionales están repartidos como al azar y en pequeñísima cantidad en relación con el tejido conjuntivo ambiente.

Todo este es tejido adulto, no se ven fibroblastos de Ziegler y la reacción de la fúcsina no acusa fibrillas de neoformación.

Riñón derecho.—Toda la sustancia cortical está invadida por una abundantísima infiltración linfocitaria. Glomérulos libres, cápsula de Bowman ligeramente engrosada, endotelio conservado.

Epitelio de los tubos contorneados y ansa de Henle destruído y su luz ocupada por cilindros granulosos en formación.

En la sustancia medular se observa los epitelios desprendidos y en franca degeneración turbia. Algunos cilindros hialinos intensamente teñidos y abundantes cilindros granulosos.

Escasa reacción intersticial. Abcesos miliares.

Diagnóstico histológico.—Riñón izquierdo. — Atrofia congénita.

Riñón derecho.—Nefritis parenquimatosa aguda litiásica.

La naturaleza misma de este trabajo, su objeto — presentación de un caso de atrofia congénita unilateral de riñón — excluye toda conclusión, viéndonos, pues obligados para finalizar hacer simples comentarios sobre la historia clínica, relacionándola a los hallazgos de autopsia.

Nuestro enfermo ingresó al servicio a los seis días, de una anuria refleja completa, en el primer período de la intoxicación urémica y en este estado especial de tolerancia, que permitió al enfermo ingresar caminando al hospital. Pasado este período, el paciente cae bruscamente en el coma urémico y la muerte tiene lugar en pocos días si no se interviene derivando la orina.

Hecho el diagnóstico de reflejo reno-renal litiásico, había, pues, dos caminos a seguir, o bien ensayar el tratamiento médico indicado en tales casos (cateterismo permanente de ambos ureteres) o bien practicar de urgencia la nefrostomía. Leguen da como límite de espera para intervenir los anúricos reflejos, seis días al máximum; vemos, pues, que nuestro enfermo ingresa al servicio al final de este período de tolerancia máxima. El empleo de un tratamiento paliativo hubiera fracasado, comprometiéndose con la espera la vida ya precaria del paciente.

Otro punto a resolver ante una anuria refleja es el lado de la intervención, sobre cuál de los dos riñones debe operarse de preferencia. Hay en clínica urológica pequeños síntomas que guían al cirujano y que en nuestro caso se presentaron muy claros, a saber: 1.° un

serio traumatismo en la región renal izquierda hace dos años; 2.°, la defensa abdominal, signo de capital importancia en las anurias reflejas, sobre todo en los casos de riñón único, era más pronunciada a izquierda que a derecha, y 3.°, el enfermo acusa dolor únicamente en el riñón izquierdo.

Todos estos elementos, según Leguen, bastan para dirigir la intervención sobre el riñón izquierdo.

Hubiera sido posible en nuestro enfermo llegar al diagnóstico, no ya de atrofia unilateral, cosa poco probable, sino simplemente de riñón único? En un medio hospitalario en donde se dispone de todos los elementos necesarios, aún en el servicio de cirugía general, se está en condiciones de llegar en 24 horas a un diagnóstico diferencial bastante aproximado como veremos después. Si bien es cierto que un enfermo anúrico no puede ser sometido a toda una serie de exámenes, pues lo que urge es tratar su anuria, obtenida la derivación urinaria, se debe tratar por todos los medios a nuestro alcance, de conocer el estado funcional de ambos riñones, o la ausencia o atrofia de uno de ellos. Con ésto se evitaría intervenciones inútiles, mortales a veces, como es la nefrectomía en los casos de riñón único.

El examen citoscópico de la vejiga de nuestro enfermo mostró el ureter derecho ocupando el sitio normal en el trígono vesical. Permitía el pasaje de una sonda uretral número doce hasta unos quince centímetros, deteniéndose ahí y provocando dolor en el enfermo. En

este punto ubicamos nosotros el cálculo uretral, origen del reflejo anúrico.

En los últimos días el paciente tuvo una segunda anuria, provocada como vimos más tarde por la imigración de un cálculo en el ureter izquierdo y creímos se trataba de fenómenos reflejos, que tenían su origen en el riñón derecho, dado que el izquierdo había sido ya nefrostomisado.

Se discutió entonces la indicación de una nefrostomía a la derecha.

Cual hubiese sido nuestro asombro al encontrarnos desierta la región renal.

Siendo el riñón atrófico prácticamente inútil en la vida del enfermo, no interviniendo para nada en la secreción urinaria, estos enfermos entran en la categoría de los casos de riñón único, cuya importancia es tan grande en clínica urológica.

Podemos decir como conclusión que toda intervención sobre el riñón, cualquiera que sea su naturaleza debe ser precedida de un examen minucioso del valor funcional de ambos órganos.

Practicado el examen vesical, se cateterizan los uréteres, recogiendo aisladamente la orina de ambos riñones. Se determina el examen funcional, realizando las pruebas del azul de metileno, de la poliurea experimental, la fenoftaleina, etc. (a la que los americanos dan gran importancia, la única que se usa en ciertas clínicas), y el examen de la úrea en la sangre.

En caso de duda sobre la existencia o no de un riñón,

el cateterismo de ambos uréteres con sonda opaca y radiografía ilustrarán el caso. En presencia de una estrechez a cualquier altura, como en nuestro enfermo, en donde es necesario el diagnóstico diferencial entre estrechez congénita o por compresión externa o litiásica, un cateterismo uretral con sonda encerada a lo Kelly, permitirá llegar a una conclusión. Todos estos exámenes son posibles hacerlos en pocas horas, sobre todo en servicios hospitalarios con todos los elementos a nuestro alcance.

Unicamente después de haberse asegurado sobre la existencia o no de tal o cual riñón, de su valor funcional, etc., debe intervenirse, ya con el pronóstico siempre serio, muy grave, tanto más, cuanto mayor es el número de días de la anuria y cuanto más avanzada es la lesión de nifritis litiásica del riñón único.

RAÚL M. CASAL.

Buenos Aires, Junio 15 de 1918

Nómbrase al señor Académico Dr. Pascual Palma, al profesor extraordinario Dr. Julio G. Fernández y al profesor suplente Dr. Joaquín Nin Posadas, para que, constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Julio 23 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3471 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

30617

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Bibliografía Nacional.

Pascual Palma.

II

Diagnóstico de las aplasias, hipoplasias y malformaciones renales congénitas.

Julio G. Fernández

III

Importancia y valor diagnóstico de la radiografía y pielografía en las afecciones renales.

Joaquín Nin Posadas