

notable por esta especie de ataques que he indicado muchas veces. Cuando el foco se abre al exterior por las paredes lumbares, el curso se hace agudo durante el período de supuración; después, cuando se ha abierto ya, la supuración se prolonga mucho tiempo. Por último, cuando la perforación hace comunicar el foco con otra cavidad diferente de la del riñón, se pueden observar fenómenos intermitentes análogos á los que he descrito al hablar de su abertura en los conductos urinarios.

La enfermedad puede durar años enteros, y los hechos de que tenemos noticia prueban que esta *duración* es siempre muy larga. Se han visto enfermos dar restos de equinococos durante treinta años; la curación se hace cada vez mas probable cuanto mas tiempo pasa entre ataque y ataque.

Ya hemos visto que la *terminación* era fatal en algunos casos en que no hallando salida las hidátides al exterior, é invadiendo entonces todo el órgano, debía hallarse sumamente dificultada la secreción urinaria. Por el contrario, en los casos en que son arrojadas estas lombrices, bien por las vias urinarias, bien por una abertura de los lomos, es muy frecuente la curación, á lo menos si se atiende á los casos de que tenemos noticia. En los 61 casos recogidos por Roberts se obtuvo curación completa 20 veces, continuaron dando hidátides 16 enfermos y 19 murieron, siendo desconocida la terminación en seis casos. Pudieron, sin embargo, ser atribuidos nueve de los casos desgraciados á otras enfermedades que padecían además dichos sujetos (como la tisis, cáncer, etc.), los diez restantes estaban complicados con véciculas en el tórax y en el abdomen. En una observación debida á Blackburn, el riñón izquierdo tenia un quiste hidático encerrando su base un cálculo bastante grueso, con la particularidad que dicho sugeto no tenia congénitamente el riñón derecho, lo determinó esto con facilidad la retención de las orinas y la muerte. Sin embargo, no pretendo presentar esta conclusión como muy positiva, porque seria muy posible que no se hayan publicado muchos casos en que no haya habido curación, al paso que se han apresurado á dar á conocer los que han tenido una terminación feliz; solo queria hacer notar que la terminación por la curación en los casos particulares de que se trata, no es tan rara como dice Boyer (1).

§ V.—Lesiones anatómicas.

Generalmente no se encuentran los acefalocistes sino en uno solo de los riñones; y como advierte Rayer, «en la cavidad del quiste los acefalocistes son casi siempre múltiples.» Hé aquí cómo el mismo

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4.^a édition, t. VIII, p. 541.

autor describe en general la bolsa renal que constituye el quiste. «Está formada: primero, por las sustancias renales, atrofiadas y anémicas, visibles y distintas todavía en algunos puntos, y en algunos otros reducidas á una simple trama celulosa infiltrada en varios puntos de una materia amarillenta accidental, y que forma una especie de membrana agrisada al exterior y amarillenta al corte; segundo, por un verdadero quiste de paredes consistentes y fibrosas, cuya superficie interna, un poco desigual y amarillenta, presenta por porciones bridas celulosas mas densas que las paredes, con depresiones unas anchas y profundas, y otras mas pequeñas y digitiformes.

»En contacto con esta superficie, pero sin ninguna adherencia con ella, se encuentra (cuando no se ha verificado ningun trabajo de desorganización en el interior del quiste) una gran bolsa blanda y membranosa, cuyas paredes están formadas de una sustancia particular, diáfana, semejante á la clara de huevo medianamente cocida, ó mejor á la clara de huevo coagulada por la potasa cáustica. Esta sustancia, que es muy elástica, puede alargarse hasta cierto punto sin romperse, y entonces, abandonada á sí misma, presenta un temblor notable.

»Esta sustancia, que algunas veces es amarillenta, tiene ordinariamente un color blanquecino, con una ligera tinta azulada; pero cualquiera que sea su color á la luz refleja, esta materia es constantemente de un hermoso color amarillo de limón á la luz refractada. Esta bolsa membranosa (*acefalociste madre* de algunos autores) puede separarse en muchas hojas, como si estuviese compuesta de capas sobrepuestas.»

Por esta descripción se ve que los quistes acefalocísticos de los riñones no se diferencian de los que hemos encontrado en otros órganos, y lo mismo sucede con las hidátides que contienen. En ellos se hallan estas lombrices á veces en número muy considerable y de diversos tamaños. Cuando las hidátides están sanas, son redondas y muy elásticas; pero si se encuentran alteradas por la inflamación, están vacías, marchitas y nadando en pus. Además de esto se ven las adherencias con la pelvis que preceden á la perforación, y á veces una retracción del quiste que le hace irregular. A veces tambien se incrusta este quiste de una materia cretácea que se apodera igualmente del lugar que ocupaban los acefalocistes, y estos están mas ó menos completamente destruidos; pero no se debe confundir la incrustación cretácea con las granulaciones que se observan en las paredes del quiste no alterado.

No insisto mas sobre estas alteraciones que no nos presentarían nuevas consideraciones importantes. Unicamente diré que unas veces se encuentran pequeños quistes aislados, como una reunión de muchos quistes, y que á veces está el riñón lleno de ellos, de donde resulta una deformidad muy considerable y gran aumento de volumen de este órgano.

Segun Davaine (1), «ordinariamente solo es afectado uno de los riñones. El quiste generalmente es único mientras que los hidátides son casi siempre múltiples en la cavidad del quiste. Las paredes de este son consistentes y fibrosas, algunas veces fibro-cartilaginosas ó cretáceas, su contenido puede sufrir trasformaciones muy variadas. La cavidad hidatídica, al trasformarse, se detiene en ocasiones en su crecimiento, sufriendo una retracción considerable en su volumen, que suele ser causa de curacion. Pero no suele suceder esto, sino que su crecimiento no se detiene y llega á formar un tumor considerable que produce una distension general ó parcial del riñon, y la atrofia mas ó menos completa de la sustancia de este órgano. La parte del riñon ocupada por un quiste hidatídico tiene un color amarillo de gamuza: entonces está la pélvis confundida con el quiste por pseudo-membranas organizadas y por las que serpentean gran número de vasos. Por medio de un corte del tumor se puede ver lo siguiente: por el exterior está formado por sustancia renal anémica y atrofiada, muy distinta en algunos puntos, estando reducida á una simple trama celulosa infiltrada por un lado, y por otro de una materia amarilla accidental, en el interior se ve un quiste de paredes resistentes cuya superficie interna es desigual y amarilla y ofrece bridas celulosas mas apretadas que las paredes. Los quistes de que estamos tratando, pueden existir mucho tiempo sin producir lesiones en su alrededor, pero acaban casi siempre por causar una inflamacion ó ulceracion de las partes inmediatas y concluyendo por perforarse; algunas veces salen al exterior en la region de los lomos, y en ocasiones llegan sin duda á entrar en el intestino, aunque en este último caso es difícil que nosotros podamos hacer una observacion cierta, penetran otras veces en el pecho y se abren en los bronquios. En estos diferentes casos los hidátides se abren por una fístula lumbar siendo espectorados por los esfuerzos de la tos, es muy frecuente que los hidátides de los riñones contraigan adherencias con las paredes de la pélvis y se abran en su cavidad.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de esta afeccion es sumamente difícil hasta el momento en que las hidátides son arrojadas al exterior por una via cualquiera. La existencia de un tumor con incomodidad en la region lumbar está lejos de bastar para reconocer la presencia de los quistes acefalocísticos. Sin embargo, si no ha habido dolor en los miembros inferiores, ni retraccion del testículo, ni movimiento febril como en la nefritis, ni hematuria como en el cáncer, ni cólico nefrítico como en los cálculos renales, entonces se puede sospechar la existencia de los quistes de los riñones, pero no se debe olvidar que puede ha-

(1) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme*. Paris, 1860, p. 524.

ber quistes simples en estos órganos, y si no se arrojan hidátides no se puede decir nada de exacto acerca de la naturaleza de la afeccion.

Cuando el tumor ocupa el riñon derecho, se puede creer que existen quistes acefalocísticos del hígado. En semejante caso es preciso tener en consideracion el sitio del tumor, que es mas inferior y mas posterior en las hidátides de los riñones, y la falta ó la existencia de la ictericia.

Cuando se arrojan acefalocísticos con la orina, se puede dudar todavía si estos cuerpos vienen de un foco próximo á la vejiga y abierto en este órgano; pero el dolor que ha debido preceder en los lomos, la palpacion de la region lumbar, y para contraprueba la del hipogástrico, proporcionarán datos que dirigirán al médico en su diagnóstico. Birkett (1) ha encontrado un quiste hidatídico entre la vejiga y el recto en un enfermo que habia arrojado hidátides al hacerle el cateterismo de la vejiga. Rayer refiere el caso de un tumor parecido en la fosa ilíaca izquierda, el cual se abria en el recto con expulsion de vesículas al deponer y salida de pus por la uretra. En otros casos de la misma enfermedad han sucumbido los enfermos. Roberts lo ha hecho constar de una manera positiva, y para reconocerle aconseja la exploracion por el recto ó la vagina en las mujeres.

Por último, cuando se forma en la region lumbar un tumor que presenta fluctuacion, se puede dudar si se trata de hidátides ó de un absceso debido á una simple inflamacion de los riñones. Pero si no se ha olvidado por los abscesos de los riñones son casi constantemente ocasionados por la presencia de cálculos renales, se verá que es difícil caer en error sobre este punto. El cólico nefrítico causado mas ó menos frecuentemente por los cálculos y la expulsion de arenillas por la orina, bastarán para dejar la idea de un absceso producido por una inflamacion simple.

Pronóstico.—Ya se ha visto anteriormente al hablar de la terminacion de la enfermedad que yo no consideraba el pronóstico tan desfavorable, como parece serlo, ateniéndome á lo que dicen varios autores y particularmente Boyer. Estudiando los hechos, Rayer ha llegado á la misma consecuencia. Hé aquí cómo expresa este punto: «A juzgar por el curso de la enfermedad, en la mayor parte de los casos de quistes acefalocísticos de los riñones que se han publicado hasta el día, el pronóstico de esta especie de tumores seria generalmente menos grave que el de los tumores renales formados á consecuencia de las pielitis. Cosa notable: los quistes acefalocísticos de los riñones tienen, como los quistes acefalocísticos que se desarrollan en los demás órganos, gran tendencia á inflamarse, perforarse y retraerse cuando están completamente vacíos. Así, pues, no son muy raros los ejemplos de curacion de los tumores renales, despues de la evacuacion de hidátides por las vias urinarias; pero no es posible

(1) Birkett, *Medical Times and Gazette*. London, 1855, t. I, p. 161.

ducido por el paso de las hidátides gruesas por los conductos urinarios, ó como la rotura del quiste en el peritoneo, lo que felizmente es muy raro. Las reflexiones que sobre este punto ha presentado Rayer son demasiado importantes para que deje de reproducirlas en este lugar. «Si el tumor enquistado está *intacto*, dice, y se ha llegado á reconocer bien que está formado por un quiste acefalocístico, se le podría *abrir* por medio de una incision y de los *causticos*, como se ha indicado al tratar de los tumores formados á consecuencia de la pielitis; pero generalmente es preferible esperar á que el tumor se abra espontáneamente en la pélvis y en los cálices. Esta práctica se ha aplicado con un éxito feliz, indisputable, á los quistes acefalocísticos del hígado, y ciertas objeciones hechas contra la nefrotomía, practicada con el objeto de extraer un cálculo, no son aplicables á los quistes acefalocísticos de los riñones. Así, pues, el quiste es casi siempre, si no siempre, único; está inmediato á la superficie del riñon; por esto la inflamacion es mas bien saludable que perjudicial, etc., y la operacion presentaria por sí misma poco peligro, á no ser que el enfermo fuese muy grueso.»

Estas razones parecen militar en favor de la operacion; pero Rayer termina repitiendo que es mejor, en general, esperar á que se abra en la pélvis del riñon; de suerte que está la cuestion por decidir, y no podrá resolverse sino por la experiencia, ó á lo menos es necesario mirar á la operacion como aplicable solamente á casos particulares que es muy difícil precisar aquí. En cuanto al procedimiento operatorio ya hablaré de él al tratar de la *pielitis calculosa*.

Cuando el tumor, no habiendo todavía sufrido ninguna rotura, ha producido la inflamacion del tejido que rodea el riñon, se puede intentar la operacion aun con mas atrevimiento; pero no se debe vacilar en recurrir á ella cuando se ha formado un verdadero absceso fácil de reconocer en la fluctuacion profunda, ó á lo menos en la pastosidad edematosa de la superficie lumbar correspondiente al tumor.

Entonces es necesario recurrir á la *incision*, como en los abscesos ordinarios; pero como se trata de un foco situado frecuentemente á gran profundidad, no se debe hacer de un golpe una incision que penetrase hasta la bolsa hidatídica, sino que es mucho mejor, despues de haber dividido las capas superficiales, explorar con el dedo las capas profundas, para averiguar siempre si existe fluctuacion antes de dividir las sucesivamente. El hecho referido por el doctor Janin es un ejemplo del poco riesgo que ofrece esta operacion en semejantes circunstancias.

Cuando hay perforacion de la pélvis del riñon y expulsion de las hidátides por las vias urinarias, se aconseja favorecer esta expulsion por medio de los *diuréticos*, y esta práctica es demasiado sencilla para que sea necesario insistir en ella. Pero ya hemos visto anteriormente que la dificultad del paso de los acefalocistes por un conducto estrecho puede dar lugar á ciertos accidentes. Cuando las hidátides

se han detenido en el uréter se observa el *cólico nefrítico*; entonces es necesario insistir en los *diuréticos* y prescribir los narcóticos, y particularmente el *opio*, para calmar los dolores, que no cesan del todo hasta haber salido las lombrices vexiculares del conducto demasiado estrecho que deben atravesar. «Si un acefalociste *introducido en la uretra*, dice Rayer, obstruyese completamente este conducto, se facilitaria su expulsion dislacerando ó perforando la vexícula que forma este gusano, como ha hecho Brachet en un caso.»

Un enfermo de Lettsom (1) ayudaba la salida de las vexículas haciendo presiones de la base al vértice del miembro;— una mujer las atraia por medio de los dedos. (Roberts.)

Por último, si se abriese el quiste en el peritoneo, se opondrian á la *peritonitis sobreaguda*, que seria su consecuencia, los medios enérgicos que se han indicado al tratar de esta enfermedad (2).

2.º—ESTRÓNGILO JIGANTE, ESPIRÓPTERO, DACTYLIUS ACULEATUS.

Estróngilo gigante.—Esta especie de lombriz, que se encuentra rarisima vez, puesto que Rayer ha examinado tres mil riñones de hombre y mas de quinientos riñones de perro sin descubrirle, se halla, sin embargo, con mucha mas frecuencia en este animal que en el hombre. Tiene cierta semejanza con la *ascáride lumbricoide*, con la cual se ha confundido muchas veces. Hé aquí sus caractéres tales como los ha descrito Rayer. «Cuerpo cilíndrico, elástico, adelgazado en sus dos extremidades, con la cola del macho terminada en una bolsa, de cuya parte media sale un solo miembro genital.»

El estróngilo gigante (*Strongylus gigas*, Rudolphi) pertenece al género de los gusanos nematoides. Habita sobre todo en el riñon y en las vias (fig. 68) génito-urinarias, es muy comun en la América

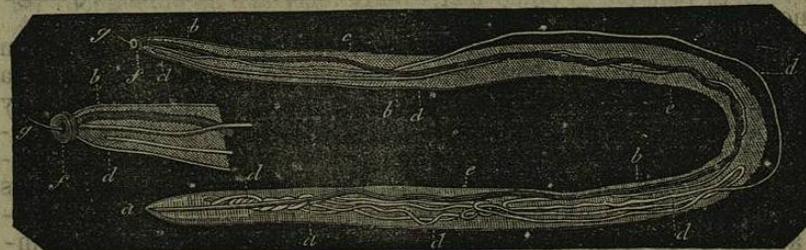


Figura 68.—Estróngilo gigante blando procedente de un perro seminatural.—a Cabeza.—a a Esófago, á b intestino.—d d Tubo genital que empieza cerca del ano, donde está fijo.—e e Tegumento.—f Bolsa caudal.—g Pene. (Davaine, p. 271.)

(1) Lettsom. *Évacuations répétées de vésicules hydatiques par l'urine; tumeur dans la région lombaire gauche. Guérison* (Memoirs of the medical Society of London, vol. II, p. 32).

(2) Véase tomo IV, PERITONITIS POR PERFORACION.

del Norte, en el perro, el lobo, el caballo, el buey y otros animales. De diez y siete casos recogidos en el hombre, Davaine no acepta como verdaderamente tales sino siete. La verdad es que no se poseen observaciones recientes, lo que hace creer que las observaciones antiguas se referían á verdaderas lombrices que se habían introducido de los intestinos á las vías génito-urinarias.

Nada se sabe acerca de las causas de esta producción morbosa viviente. En cuanto á los síntomas, son los de la inflamación del riñón, y sobre todo de la inflamación de la pelvis. En los casos citados por los autores, estas lombrices fueron expelidas con la orina. Sin embargo, algunas veces dan lugar á la inflamación del riñón, la cual se comunica á los tejidos circundantes, de lo que resulta un absceso lumbar, por cuya abertura son arrojadas estas lombrices. En algunos casos, de lo cual es un ejemplo bien notable la primera observación de Rayer (1), tomada del doctor Moublet (2), hubo á la vez expulsión de estas lombrices por la orina y por un absceso abierto en los lomos.

No necesito describir síntomas en los casos que haya tumor inflamatorio, pues al parecer no se diferencian de los que hemos encontrado en los casos análogos de los acefalocistes, mas que en la mayor violencia de su dolor, como se puede juzgar por los ejemplos siguientes.

El doctor Aubinais (3) ha referido un caso de estróngilo gigante observado en un hombre de cincuenta y siete años. Los síntomas fueron un dolor renal urente que se irradiaba hácia la vejiga, vómitos y fiebre. Los únicos medios que procuraron algun alivio fueron el opio á altas dosis, el agua destilada de laurel real, el éter sulfúrico y la esencia de trementina. El enfermo murió despues de tres años de padecimientos atroces. En la autopsia se encontró el riñón flácido, irregular, abollado, y contenía un entozoario todavía vivo, rojo, del grueso del dedo meñique de un niño de tres años, y algo menos de seis pulgadas de largo.

Otro caso bien notable es el observado por el doctor Arlaud (4) en una joven de veintiseis años. En el espacio de dos años la enferma arrojó gran número de estos animales, en medio de accidentes muy variados y de vivos dolores. Varias veces se detuvieron estas lombrices en el conducto de la uretra, y fué preciso extraerlas con las pinzas de Hunter ó con las de tres ramas. Una vez extrajeron las pinzas un tubo membranoso de paredes resistentes, que Segalas, que informó acerca de la Memoria de Arlaud, reconoció ser la cubierta membranosa de un estróngilo muy voluminoso; finalmente, otras veces cuerpos de textura fibrosa y carnosa, de los cuales uno representaba

(1) T. III, p. 732.

(2) *Journ. de méd. et de chir.*, Julio de 1758.

(3) *Journ. de la Société de méd. de la Loire-Inférieure*, entrega 116.^a, 1846.

(4) Arlaud, *Observation de strongles géants sortis des voies urinaires d'une femme* (*Bulletin de la Acad. de médecine*, Paris, 1846, t. XI, p. 446.)

el segmento transversal de un conducto de 4 centímetros (20 líneas) de diámetro, y que el informante cree ser un resto de un órgano inmediato al riñón, ó del mismo riñón, pero acerca de lo cual no se atreve á fallar definitivamente.

Los principales síntomas que presentaba la enferma eran hematurias frecuentes, dolores vivos en la región del riñón derecho, en el trayecto de los uréteres, en la vejiga, en el miembro abdominal derecho, y un estado general de padecimiento y de extenuación con alternativas de alivio y de agravación, y fenómenos nerviosos variados.

En cuanto á los casos en que son arrojados los estróngilos por la orina, su entrada en el uréter puede ocasionar los accidentes del cólico nefrítico.

El tratamiento del estróngilo, que no da lugar á la formación de abscesos, debe buscarse en los medios antihelmínticos que he indicado (1). Los abscesos producidos por estas lombrices deben abrirse como los que resultan de los acefalocistes. Por último, cuando se detienen los entozoarios en el conducto de la uretra es menester extraerlos con las pinzas de Hunter ó las de tres ramas, como lo ha hecho Arlaud.

No es de ninguna manera inútil el que los médicos estén prevenidos para las causas de error producidas por las rarezas patológicas por el género estróngilo. Así que se va á leer al cabo de seis años la relación del caso recogido por Arlaud. Un gusano que una mujer había arrojado por la uretra ó la vagina se le envió á Charles Robin, y fué examinado por este observador, y dijo que lo que se creía un gusano no era otra cosa que un intestino de pichón (2). Semejantes sofisticaciones deben herir la susceptibilidad de los médicos.

Distoma Hæmatobium.—Ya hemos dicho anteriormente cómo puede ser reconocido en las vías biliares, así como el *distoma hepático*. El *distoma hæmatobium*, Bilharz, *Bilharzia hæmatobia*, Cobbold, llamado así en honor del sabio que le descubrió, es un entozoario del género de los *Trematodos* (fig. 69), macho y hembra, son alargados, de consistencia blanda, y que se encuentran en las ramas de la vena porta, en las venas de las vías urinarias y en la vejiga (3).

Es muy común en los egipcios, en los que ha encontrado Griesinger (4) 117 veces en 363 autopsias, y en el Cabo de Buena-Esperanza, que hizo notar John Harley (5). La hematuria de la isla de Mau-

(1) (Véase LOMBRICES INTESTINALES.)

(2) Charles Robin, dans Davaine, *Traité des entozoaires*. Paris, 1860, p. 285 (en una nota).

(3) Bilharz, *Ein Beitrag zur Helminthographia humana, nebst Bemerkungen*, von C. Th. von Siebold (*Zeitschrift für wissenschaft. Zoologie*, Band IV, 1853).

(4) Griesinger, *Beobachtungen über die Krankheiten von Egypten* (*Archiv der physiolog. Heilkunde*, 1854, p. 561).

(5) John Harley, *Endemic Hæmaturia of the cape of Good Hope* (*Med.-chir. Transactions*, vol. XLVII, p. 55).

ricio puede por lo tanto reconocer la misma causa. Se ha pensado que el distoma llena la fase *intermediaria* de su desarrollo en el cuerpo de moluscos ó de peces de agua dulce, de donde resultaría una indicación preventiva, y es el filtrar el agua destinada para bebida usual en los países en cuyas aguas existe este parásito, así como el abstenerse de comer moluscos y pescados no condimentados, y que hayan sufrido una elevada temperatura.



Figura 69.—Distoma hematobium macho y hembra fuertemente engrosados.—*a b* La hembra contenida en parte en el conducto ginecóforo.—*a* Extremidad anterior.—*c* Extremidad posterior.—*d* Cuerpo visto por transparencia en el conducto.—*e f g k i* El macho.—*e f* Conducto ginecóforo entreabierto por delante y por detrás de la hembra que ha sido extraída en parte de su posición.—*g h* Limite hácia el dorso de la depresión de la cara ventral que constituye el conducto.—*i* Ventosa vulcal.—*k* Ventosa ventral.—Entre *i* y *h* el tronco.—Por detrás de *h* la cola.—(Bilharz) (2).

tacta, frecuentemente inyectada, adherente ó completamente destruida. En la uretra pueden estas modificaciones producir la obliteración del conducto, la dilatación por debajo del obstáculo, y la hidro-nefrosis ó inflamación y la pielitis. Griesinger ha hecho notar en un caso la dilatación del riñón, que estaba con-

Griesinger dice que la hematobia se manifiesta con síntomas muy graves: la deterioración progresiva de la constitución prepara la invasión de una neumonía ó de una disenteria fatal, ó síntomas tíficos de marcha rápida por la descomposición de los cadáveres de los parásitos en el organismo, causando directamente la septicemia, sea que estos animales ó sus huevos, penetrando con la sangre en los órganos esenciales, así que se han encontrado en el ventrículo izquierdo; ó bien ayudan á los fenómenos de la uremia. Localmente se manifiestan signos de pielitis, y frecuentemente determinan una enfermedad ligera de la vejiga; todo con hematurias repetidas é inexplicables en el estado normal. Se encuentran huevos del distoma en la orina.

El parásito afecta la pelvis del riñón, los uréteres, y sobre todo la vejiga, determinando sobre la mucosa urinaria manchas equimóticas del tamaño de una lenteja, recubiertas de moco ó de una exudación gris amarillenta, debajo de la cual se encuentran montoncitos de huevos. Después las manchas se hacen fungosas y sanguinolentas, incrustándose más tarde las sales de la orina, arenillas mezcladas con los huevos y con las concreciones sanguíneas. Este estado también puede atacar á los tumores condilomatosos, cuya mucosa está rara vez in-

vertido en un vasto foco purulento, así como la destrucción del tejido propio del órgano. Los montones de huevos son frecuentemente el núcleo de cálculos. Es frecuente esta enfermedad en el Egipto.

Pentastoma denticulado (*Pentastoma denticulatum*, Rudolphi.—Es un pequeño gusano cístico, oblongo, que tiene dos pares de ganchos, parecidos á los de los equinococos, está desprovisto de órganos sexuales. Davaine le considera como una larva del *Pentastoma tenoide*, que se encuentra en los senos frontales del perro y del caballo.

Solo se ha encontrado una vez en los órganos urinarios: habiendo hecho la autopsia de un pintor de sesenta y dos años de edad, que murió de la enfermedad de Bright, Wagner encontró en el borde convexo del riñón derecho una pequeña placa blanquecina, ligeramente elevada, oval, de apariencia fibrosa y de unos 4 milímetros de largo próximamente: estaba sobre la cápsula, y era un quiste que contenía una masa amarillenta, en la que se encontró un gusano, que fué conocido con el nombre de *Pentastoma denticulatum de Rudolphi*.

Este parásito es frecuente en la superficie del hígado, y ha sido demostrado en los animales domésticos por Zenker, Heschl, Virchow, Wagner y Frerichs.

Diversos parásitos.—Después de haber leído lo que sigue, se notará que nosotros no hemos hecho sino indicar los casos posibles de entozoarios sospechados, descubiertos ó por descubrir, cuyos datos hemos sacado de la obra de Roberts (1). «El *Spiroptera hominis* de Rudolphi (2), el *Diplosoma crenata* de Farre (3), y el *Dactylius aculeatus* de Curling (4), ha sido perfectamente demostrado por Schneider, y por Cobbold (5), no ser sino fingimiento por parte de los enfermos. La historia del pretendido *diplosoma crenata* de Farre (fig. 70) quedará como uno de los más marcados ejemplos de una ilusión que han sufrido los médicos.» Aquí se habla, sin embargo, de una mujer de veinticuatro años.



Figura 70.—Diplosoma crenata. (Beale, pl. XXIII, figura 121.)

ARTÍCULO XI.

MOVILIDAD DE LOS RIÑONES.

Parece que la movilidad de los riñones no tiene casi importancia para el práctico, sino porque puede dar lugar á errores de diagnóstico.

(1) Roberts, *loc. cit.*, p. 500.

(2) Lawrence, *Cas d'un femme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urèthre* (*Medico-chirurg. Transaction*. London, 1817, t. II, 3.^a édit., p. 385).

(3) A. Farre, *Beale's Archiv. of medicine*. London, vol. I, p. 290.

(4) Curling, *Case of a girl*, etc. *Medico-chir. Trans.*, t. XXII, 1839.

(5) A. Schneider, Reichert und du Bois Reymond's *Archiv. für patholog. Anatomie*, 1862.