

fuieron muy beneficiosos la quietud en una cama horizontal y el uso de algunos chorros sulfurosos de regadera.

»Cuando son muy agudos los dolores lumbares, y cuando existen síntomas de *peritonitis* ó de *enteritis* concomitantes, pueden ser por el pronto útiles la aplicacion de cierto número de *sanguiquelas* ó de *ventosas escarificadas*, los *tópicos emolientes* ó *narcóticos*, y los *baños tibios*.

»Los ejercicios corporales, tales como la carrera, el baile, el salto y la equitacion, son *perjudiciales*.

»Por último, cuando existe el *estreñimiento*, debe combatirsele con los *lavantes* para evitar los dolores que ordinariamente producen los esfuerzos para obrar.»

La secrecion urinaria no experimenta ordinariamente alteracion alguna, pues únicamente Hensch y Iago (1) observaron el *tenesmo vesical*.

Algunas veces hay complicacion de *cloro-anemia*, y esta es una circunstancia importante porque favorece y prolonga la movilidad de los riñones: tambien se ha visto coincidir la *hidronefrosis* (Oppolzer) y manifestaciones de *peritonitis* generalmente benignas.

Diagnóstico.—Los riñones flotantes han pasado frecuentemente desapercibidos, confundiéndose esta enfermedad con una obstruccion del hígado, cólicos nerviosos, hipocondria, dolores neurálgicos ó una *timpanitis histérica*. Briz indica el diagnóstico absoluto fundándolo en los signos que dejamos dicho, y el diagnóstico *diferencial* con los tumores que ocupan la pared abdominal, con los cuerpos extraños en el peritoneo y con los tumores de las diversas vísceras abdominales.

1.º Los tumores de la pared abdominal no pueden ser separados de esta pared porque á su nivel la piel está ordinariamente alterada y presentan la particularidad de elevarse en lugar de abatirse durante la inspiracion.

2.º Los cuerpos extraños en el peritoneo, extremadamente raros, son por lo comun mas pequeños que el riñon.

3.º Los tumores del hígado no son movibles como lo es el riñon flotante, á menos que este no se adhiera á la pared abdominal ó al hígado, los de la vejiga biliar poco movibles hacen cuerpo con el hígado y tienen la extremidad inferior izquierda piriforme. Los tumores del bazo son mas voluminosos que el riñon. Los tumores del intestino tienen sus signos característicos, y los del mesenterio son muy raros. (Véanse en los capítulos especiales los signos respectivos de estas diversas afecciones.)

Briz aconseja aflojar los corsés, pero de ninguna manera suprimir su uso. Becquet cree que las emisiones sanguíneas están algunas veces indicadas en el momento de los accesos, cuando se observan

(1) Iago, *Medical Times and Gazette*, t. XVII, p. 36.

fenómenos congestivos; el estado cloro-anémico será tratado convenientemente, y las aguas de Plombières ó de Neris suelen aliviar y hasta determinar una curacion mas ó menos curable.

ARTÍCULO XII.

PERINEFRITIS, ABSCEOS PERINEFRÍTICOS.

Rayer (1) habia ya descrito con el nombre de *perinefritis*, los flemones desarrollados en la region lumbar alrededor del riñon. Esta enfermedad ha sido posteriormente asunto de monografías interesantísimas debidas á Féron (2), Picard (3), Parmentier (4), Lemoine (5), Ch. Hallé (6), y de un importante artículo de la clínica de Trousseau (7). Estos diversos Tratados contienen observaciones muy interesantes y que merecen un lugar en el capítulo consagrado á las enfermedades de los riñones. Parecerá desde luego que siendo la terminacion habitual de la *perinefritis* por abscesos, debia interesar á la cirugía, pero en realidad es la medicina la que se ocupa de estos enfermos, creyendo estos que se trate de dolores reumatimales, neurálgicos ó los de una afeccion renal ordinaria.

§ I.—Causas.

La etiología de los abscesos *perinefríticos* es múltiple y muchas veces compleja. Frecuentemente el traumatismo tiene una parte importante, siendo ocasionados los abscesos por heridas de la region renal como Baudens (8) refiere un ejemplo, ó por contusiones en la region lumbar segun resulta de las observaciones de Bergounhioux (de Clermont) (9), y de Bienfait (de Reims) (10). Otras veces han sido *ejercicios violentos*, como una carrera á caballo ó en un carruaje de malos muebles, *esfuerzos* musculares considerables, por ejemplo, en el acto de levantar un fardo. Ollivier (11) ha recogido en los enfermos de Tardieu una observacion en que se encontraba esta condicion etiológica. Segun Hallé, el enfriamiento del cuerpo estando sudando juega un papel por sí mismo, ó asociándose á otras influencias.

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839.

(2) Féron, *De la périnéphrite primitive*, thèse de Paris, 1860.

(3) Picard, *De la périnéphrite primitive*, thèse de Paris, 1860.

(4) Parmentier, *Sur les abcès périnéphrétiques* (*Union médicale*, t. XV, 1862).

(5) Lemoine, *Abcès périnéphrique; mort* (*Union méd.*, juin, 1863).

(6) Ch. Hallé, *Des phlegmons périnéphrétiques*, thèse de Paris, agosto, 1863.

(7) Trousseau, *Clinique*, t. III, p. 713, art. ABCÈS PÉRINÉPHRIQUES.

(8) Baudens, *Traité des blessures par armes à feu*. Paris, 1836, p. 361.

(9) Bergounhioux, thèse de Féron, n.º 44. Paris, 1860.

(10) Bienfait, *Périnéphrite suppurée: ponction, injections chlorurées; guérison après de graves accidents* (*Gazette hebdomadaire*, 1856).

(11) Aug. Ollivier, *Phlegmon périnéphrétique déterminé par un effort musculaire; incision, injections chlorur.*; guérison, thèse de Hallé, 1863.

La *pielitis* y la *pielo-nefritis calculosa*, los hidátides del riñon son frecuentemente el punto de partida de los flemones perinefríticos por propagacion de la inflamacion ó por las fistulas que se producen.

El simple cólico nefritico puede tener este resultado, y Trousseau encuentra aquí el efecto del dolor persistente con ocasion de la fluxion inflamatoria. Existe una observacion de Chopart (1), en la cual un flemon perinefrítico fué consecutivo á la castracion, habiendo tenido probablemente por punto de partida el dolor renal debido á la ligadura en masa del cordon, y comprendiéndola los nervios.

La perforacion del colon ha sido en algunas ocasiones la causa de abscesos perinefríticos.

Tambien se desenvuelven *despues de las fiebres graves*, como la tifoidea. Desruelles observó un caso despues de una gangrena del pulmon, así como siendo una de las manifestaciones de la *diatesis purulenta*, espontánea ó creada por condiciones especiales. Butter (2) habla de un caso observado en Plymouth cuando reinaba endémicamente una fiebre grave particular acompañada de largas supuraciones en el tejido celular de las diversas partes del cuerpo. Daga (3) atribuye un caso de su práctica, complicado con otras supuraciones, á la diatesis purulenta adquirida, y es difícil referir á otra causa los hechos que se citan.

La inflamacion de la vejiga biliar puede propagarse al tejido celular que circunda al riñon por el intermedio del peritoneo; en fin, es algunas veces imposible precisar la causa que ha provocado la formacion del flemon perinefrítico.

En todos los casos, la *condicion orgánica* de los desórdenes causados por estos flemones y sus diversas complicaciones consiste en el hecho anatómico de que los riñones están sumergidos en una atmósfera de tejido celulo-adiposo, que se continúa por láminas celulares con las aponeurosis de la region, dirigiéndose, por arriba, hácia los pilares del diafragma, por abajo á la aponeurosis iliaca, y por detrás con el tejido celular de la region lumbar fuera del cuadrado de los tumores, entre los límites del gran dorsal y del gran oblicuo. La anatomía de esta region hará comprender algunos detalles mas, que indicaremos.

§ II.—Síntomas.

Se concibe, despues de conocer la etiología de esta enfermedad, que los síntomas del flemon perinefrítico se confundan muy á menudo

(1) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821.

(2) Butter, *Remarks on irritative Fever commonly called Plymouth dockyard disease* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XXVI, p. 106).

(3) Daga, *Panaris de l'index de la main droite; abcès périnéphrétique s'étant fait jour à la région lomb. gauche; vaste collection purulente péritonéale; pus dans la plèvre gauche; mort* (*Bulletin médical du nord de la France*, 1864).

con los de la nefritis ó de la *pielo-nefritis calculosa* ú otras. Los que corresponden mas especialmente á la enfermedad cuando es primitiva, son los siguientes:

El enfermo acusa de repente un dolor profundo, difuso, agudo ó sordo en la region lumbar. Este dolor se aumenta por la presion, sobre todo cuando se abraza la region enferma entre las dos manos. Puede desaparecer por un tiempo variable, algunas semanas, algunos meses, y esperar una nueva causa determinante para presentarse de nuevo. Ordinariamente el dolor es persistente, y el único síntoma durante algunos dias, pero no tardarán en aparecer alteraciones generales como la fiebre continua con paroxismo y frio por la tarde. El paroxismo recuerda los tres estudios de la fiebre intermitente. Esta fiebre debilita los enfermos, pues pierden el apetito, adelgazan rápidamente, notandose en algunos casos vómitos al principio del paroxismo febril y casi siempre un extrañamiento rebelde.

Además se manifiestan otros *signos locales* de la flegmasia profunda, como la graduacion del dolor por la presion en la region, que se pone pastosa en mas ó menos extension, al mismo tiempo que la corvadura costo-iliaca se borra, y si el enfermo se coloca en decúbito dorsal, la mano del médico se hunde en la region lumbar, se percibe por el tacto como por la inspeccion una eminencia mas ó menos profunda, durante esta exploracion se pone la otra mano sobre la region anterior correspondiente, se comprueba entre las dos un *tumor profundo* que se continúa con el tejido celular subcutáneo. Este tumor está fijo en los movimientos de la respiracion, y por consiguiente se distingue del hígado y de los tumores que le pertenecen. Hay edema en mayor ó menor extension y rubicundez en la region.

En esta época se puede de ordinario con atencion y persistencia percibir una fluctuacion profunda, por mas que en muchos casos no se haya notado este fenómeno sino tardíamente, dando lugar á que se hayan perdido muchos dias con un tratamiento activo. La supuracion se señala por una recrudescencia de la fiebre, é indica los momentos de intervenir por los medios quirúrgicos.

En general, prescindiendo de *pielitis* ó de *pielo-nefritis* anterior, la secrecion urinaria no presenta ninguna alteracion durante la marcha de la enfermedad. El flemon no ataca generalmente mas que un solo costado.

Daga señala todavía un detalle que debe notarse, y es la actitud del enfermo que tiene en flexion sobre la pélvis el muslo que corresponde al lado enfermo, causándole sufrimientos la extension del referido miembro.

§ III.—Curso, duracion, terminacion.

En el primer período y antes de la aparicion de un tumor, la marcha de esta enfermedad es frecuentemente insidiosa, y su evolu-

ción es tan lenta que la verdadera naturaleza del mal es desconocida por largo tiempo, ú objeto de graves errores.

Entre este primer período de fiebre con paroxismos regulares y la fiebre de supuración hay remisiones muy largas algunas veces, y tal mejoría aparente que no es raro el que el enfermo se crea curado y el médico participe de esta ilusión. La fiebre de supuración aparece casi siempre bruscamente, y sigue una *marcha continua*. En la mayor parte de los casos, el aparato febril, los síntomas generales y locales disminuyen tan pronto como se ha dado salida al pus. La fiebre cede gradualmente, el apetito reaparece, y el pus, que sale diariamente en cantidad notable, concluye por agotarse, la pastosidad de la región se disipa, los labios de la herida se cierran, pudiendo durar la enfermedad tres semanas antes de la abertura del absceso y necesitan otras tres para la cicatrización completa del foco; tal es la *duración media*.

En los casos felices, que son raros, el flemon puede terminar por resolución. Debe todavía satisfacer cuando haciéndose del tumor un absceso se colecciona el pus en un foco bien limitado y puede ser evacuado sin que sobrevengan complicaciones. Desgraciadamente son estas tan frecuentes y en general tan graves que nos consideramos en el deber de detenernos en ellas un instante.

Complicaciones.—Formándose el foro purulento hácia la región lumbar y por resultado del decúbito mas ordinario de los enfermos, no es raro que el trabajo inflamatorio gane poco á poco los diferentes tejidos y llegue hasta el tejido celular subcutáneo. Si se tarda en abrir el absceso puede suceder que esta capa sea disecada por el pus y extenderse este hasta la región glútea. Trousseau ha tenido un ejemplo en su clínica. Mas frecuentemente corriéndose el pus á lo largo de la aponeurosis del psoas iliaco ó siguiendo la vaina de los vasos femorales invade el trabajo inflamatorio la fosa iliaca y se ve presentarse un absceso por encima del arco de Fallopio ó en la misma base del triángulo de Scarpa. Otras veces el pus llega hasta la pequeña pelvis y se abre paso por la vejiga ó la vagina, ó bien mas directamente por el cólon, y determina una diarrea fétida, como en el caso de Cornil (1) citado por Hallé.

Es raro que el absceso se abra en el peritoneo, mas ordinariamente desenvuelve una peritonitis de vecindad cuyo resultado es organizar precisamente falsas membranas que protejan la cavidad serosa contra la ruptura del foco purulento. En el caso de Daga, la peritonitis, sin embargo, se habia generalizado.

Una de las mas notables complicaciones es la participacion de los órganos torácicos en los desórdenes inflamatorios, ya porque el diafragma abra realmente paso á las colecciones purulentas, ó ya porque haya propagación de la inflamación al través de un tejido,

(1) Cornil, *Tumeur de la région du flanc droit; mort. Cancer du rein, périnéphrite, psoitis, perforation du colon transverse*, thèse de Hallé, 1863.

permaneciendo intacto, cosa que no es nueva en patologia, resultando de esto pleuresias ó pulmonías del que se desarrollan en el costado del riñon enfermo. Cuando la comunicacion purulenta existe puede suceder que el absceso se varíe por los bronquios. Rayer (1) ha relatado una vómica de este origen. Cantegril (2), Ducasse (3) y Hallé han observado casos análogos. En la observación de Daga existia una pleuresía diafragmática del costado enfermo sin visible comunicacion. Leplat posee una observación inédita, en la cual, despues de las dudas habituales del diagnóstico y á pesar de la abertura del absceso por la región lumbar, el enfermo sucumbió de una pleuresía del mismo lado que la perinefritis, habiéndose hecho imposible descubrir la continuidad de la inflamación en los tejidos que separan el riñon de la pleura. Demarguay, cuyas observaciones han inspirado la Memoria de Parmentier, Cusco, Casalis, Bernutz (4) han visto complicaciones torácicas del mismo género. Leon Colin cita un caso de perinefritis con fistulas renales pulmonares.

No tenemos necesidad de hablar de complicaciones determinadas por la presencia de cálculos ó de hidátides en el riñon, porque tales accidentes influyen de una manera grave sobre la marcha de la enfermedad, y acarrear á la larga la muerte.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

El dolor, la fiebre, el tumor en la región lumbar son los fundamentos del diagnóstico directo.

Los paroxismos febriles regulares podrán simular durante algun tiempo una fiebre intermitente; pero ofrecerá duda este diagnóstico si se nota que la reaparición de los abscesos tiene lugar por la tarde. En la época de la supuración, los síntomas generales, el abultamiento del vientre, pueden hacer creer una *dotinenteria*; pero el estupor de la fisonomía, la postración, el embarazo de la inteligencia tan característico todo esto en la fiebre tifoidea, aunque sea benigna, faltan en general en este período de la perinefritis, así como la diarrea, las petequias, etc.

Por mas que el frio sea una causa comun de la *nefralgia* simple, de un *lumbago* y de la *perinefritis*, se distinguen bien entre sí estas enfermedades; el lumbago existe frecuentemente en los dos costados, la perinefritis no afecta mas que uno; la nefralgia y el lum-

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins; abcès périnéphrique: issue du pus par la bouche*.

(2) Cantegril, *Abcès périnéphrique ouvert dans les bronches (Archives générales de médecine, 1829)*.

(3) Ducasse, *Abcès périnéphrique ouvert dans les bronches (Archives générales de médecine, 1827)*.

(4) Voy. travaux cités et Almagro, *Abcès périnéphrique, pleurésie et pneumonie; mort (Revue des travaux de la Société médicale d'observation, fascic. IX, 1861, p. 408)*.

bazo no presentan fiebre; la duracion del dolor, la posibilidad de aumentar por la presion, la persistencia de la fiebre con paroxismos llevarán al espíritu la idea de un flemon pelvi-renal.

La *nefritis* y la *pielo-nefritis* se parecen mucho á la perinefritis por los síntomas generales y locales: cuando son debidas estas enfermedades á cálculos, lo que es mas comun, han sido frecuentemente precedidas de cólicos nefríticos, las orinas son en este momento críticas, pues la salida del cálculo por la uretra determina un inmediato alivio. Cualquiera que sea la naturaleza de la pielitis ó de la pielonefritis, el exámen microscópico de la orina revelará la presencia de los glóbulos de sangre y sobre todo de pus, á menos que un cálculo engastado en la uretra lo impida, lo que hará muy difícil el diagnóstico, bajo este punto de vista.

El cáncer del riñon, la hidronefrosis, los quistes diversos, tienen una marcha crónica que no permite el error; el cáncer determina la hematuria.

Los tumores del hígado son móviles en los grandes movimientos de la respiracion; los del riñon son inmóviles y mas fáciles de apreciar cuando el diafragma se levanta. Los tumores del bazo se pronuncian mas hácia adelante que atrás. La peritiflitis, los tumores del ciego, en vista de su asiento, no pueden ocasionar un error de larga duracion.

El pronóstico es favorable no habiendo complicaciones, pues la aparicion de estas lo hará muy reservado, y hacen temer una funesta terminacion.

§ V.—Tratamiento.

Al principio, siendo llamado á tiempo, se intentará obtener la resolucion por todos los medios posibles, *ventosas escarificadas*, *sanguijuelas loco dolenti*, y vejigatorios volantes. Trousseau aconseja calmar el dolor por medio de fricciones con las preparaciones de opio y de belladona, y mejor todavía con inyecciones de atropina ó de morfina por el método hipodérmico. Se mantendrá la libertad del vientre con purgantes salinos repetidos diariamente y lavativas: estos medios están á la vez indicados por la necesidad de disipar la constipacion que ocasiona el dolor en los esfuerzos de la defecacion, y como antiflogísticos.

Cuando estos medios no puedan impedir la formacion del pus, y este se note por la fluctuación, aunque sea profunda, no debe dudarse en darle salida al líquido purulento. Para esto se puede recurrir á la aplicacion de cáusticos, ya solos ó ayudados del bisturi, despues que las capas superficiales han sido destruidas (procedimiento mixto). Trousseau prefiere la incision dividiendo capa por capa, ligando las arterias que se seccionen por el bisturi; no penetrando en las últimas capas sino con la ayuda de una sonda acanalada, que será inofensiva

para las arterias. La incision será longitudinal ó transversal, pero mas grande en la piel para favorecer la salida del pus, que sin esta precaucion podria correrse entre los planes aponeuróticos: la incision se tratará con una larga mecha de hilas: cuando el pus sale difícilmente, deben hacerse inyecciones detersivas, y no debe jamás de reconocerse con la ayuda del dedo, introducido en la herida, el estado del riñon: si se notaran cálculos, debe sostenerse la abertura.

Trousseau prefiere este método al *drenage* empleado algunas veces con éxito por Chassaignac (1), porque si este ingenioso método evita las hemorragias y los arrastres del pus, en cambio no permite la exploracion del riñon y prolonga la supuracion.

Resumen del tratamiento.—Emisiones sanguíneas locales al principio, revulsivos, purgantes salinos: si el tumor es fluctuante, su abertura por medio de los cáusticos, ó del bisturi ó el drenage.

CAPÍTULO II.

ENFERMEDADES DE LOS CONDUCTOS URINARIOS.

Anteriormente he manifestado los motivos que me han inducido á separar las afecciones del tejido propio de los riñones, de las que tienen su asiento en las cavidades donde se vierte la orina. No es ciertamente porque yo mire esta division como del todo exacta, pues se ve cuán raro es que estas diversas partes constituyentes de un mismo órgano no sean atacadas á la vez por la enfermedad, pero ocupando esta en los diferentes casos de una manera casi exclusiva una de estas partes, me ha parecido útil, por la claridad de las descripciones, no confundir, como se hacia antiguamente, afecciones, que por lo mismo que tienen un asiento especial, tienen tambien una gravedad y síntomas muy diferentes, y lo que es todavía mas importante, exigen á veces medios especiales para su tratamiento. Voy, pues, en este capítulo á describir las enfermedades siguientes: *hemorragia renal*, *pielitis aguda y crónica*, *arenillas y cálculos renales*, y *retencion de orina en el riñon*. Como se ve, esta division es semejante á la que he seguido en la descripcion de las *afecciones de las vias biliares* (2), con las cuales tienen las que voy á describir tan grande analogía. En efecto, la pielitis corresponde á la *inflamacion de la vejiga de la hiel*; los cálculos renales á los *cálculos biliares*, y la retencion de orina en el riñon á la *retencion de la bilis en la vejiga de la hiel*.

En la historia de la pielitis se encontrará lo que corresponde á la

(1) Véase Feron, thèse citée, et Parmentier, *Mém. cité*.

(2) Véase el libro IV, AFECCIONES DE LOS ANEJOS DE LAS VIAS DIGESTIVAS, capítulo III de esta obra.