

ARTÍCULO VI.

NEFRALGIA.

Por la palabra nefralgia no se puede hoy día designar otra cosa mas que un dolor puramente nervioso localizado en el riñón. ¿Pero un dolor de este género ha sido jamás observado de tal modo, que no puede abrigarse la menor duda acerca de su existencia?

La principal autoridad que se citó en favor de la existencia de la nefralgia es la de Sydenham (1), que ha descrito un dolor violento cuyo asiento era el riñón; pero si se encuentra esta descripción, se ve que no está bien demostrado su asiento. «*Nonnunquam renum alterum vehementissimo dolore afficit, unde vomitus immanis; atque etiam per ureteris ductum persæpe delatus, calculum simulat.*» Sydenham imaginó quizá, pero no lo demostró por la observación, y los que á su ejemplo admitieron la existencia de este dolor nervioso de los riñones, al cual habían dado el nombre de *nefralgia histérica*, no suministraron mejores pruebas en apoyo de su opinión. Por mas que á priori la nefralgia renal no sea imposible, es probable que se haya confundido con dolores lumbares ó lumbo-abdominales, dependientes en la mujer de padecimientos crónicos del útero (dismenorrea) ó de una neuralgia lumbo-abdominal simple en los hombres, á no ser que haya error algunas veces de diagnóstico por ignorar la afección calculosa real.

Los autores mas modernos no diagnostican con mas exactitud la nefralgia. Strambio (2), Baraillon (3), Teale (4), citados por Rayer, han dado como nefralgias dolores que se experimentaban en los lomos, pero cuyo preciso asiento no estaba determinado: el mismo Rayer confundió un aneurisma de la aorta torácica, que tenia su asiento al nivel y á la derecha de la sétima vértebra dorsal, con una nefralgia renal, pues los dolores vivos que producen estos tumores se irradian á cierta distancia.

ARTÍCULO VII.

RETENCION DE LA ORINA EN LAS CAVIDADES RENALES,
Ó HIDRONEFROSIS.

Ya en los autores antiguos se refieren ejemplos de esta enferme-

(1) Sydenham, *Opera omnia*, Genevæ, 1769, t. I, p. 132; *Colica biliosa*, ann. 1670, 1671, 1672.

(2) Strambio, *Journal des progrès*, t. I.

(3) Baraillon, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, par A. Roux. Paris, 1767, t. XXVII, p. 430.

(4) Teale, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XXXIII.

dad, y el doctor Rayer ha reunido las principales observaciones conocidas en la ciencia. En el Tratado de Roberts y en los *Boletines de la sociedad anatómica* encontramos algunas observaciones, que fueron, con las de Rayer, la base de nuestra descripción.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Además del nombre de *hidronefrosis*, que Rayer ha dado á la retención de la orina en el riñón, ha recibido tambien el de *hidropesia*, *tumor seroso del riñón* y *distension hidrorenal*. Esta última denominación parece bastante aplicable á la enfermedad, pero es demasiado vaga, y así creemos mejor conservar la denominación de *retención de la orina en el riñón*, que aproxima esta afección á la retención de orina en la vejiga, de la cual solo difiere por el asiento y por las consecuencias. Veamos, pues, la *definición* que ha dado Rayer. «Cuando la orina se acumula de un modo lento en los riñones á consecuencia de un obstáculo que impide su paso á la vejiga, ó su expulsión al exterior, bien sea por un cuerpo extraño, ó por un vicio de conformación, sucede algunas veces que se dilatan los cálices y la pelvis renal, sin que sus paredes se inflamen sensiblemente. Estas colecciones de un líquido primitivamente urinoso, y mas tarde de apariencia serosa en la pelvis y los cálices distendidos y no inflamados, ha sido designada con los nombres de hidropesia del riñón y distension hidrorenal.

El hecho de un líquido primitivamente urinoso, que mas tarde toma la apariencia del líquido de las hidropesias, es el motivo, á pesar de la opinión de Valleix, de la denominación de *hidronefrosis*, aceptada tambien por Roberts. No trataremos aquí de lo que Henniger (1) llama hidronefrosis parcial, enfermedad estudiada por Virchow, que empieza por pequeños núcleos y termina por quistes del riñón. A pesar de que el hecho primitivo haya podido ser una retención del líquido urinario en sus primeras vias, nos hemos considerado en el caso de estudiar separadamente la afección quística.

§ II.—Causas.

Se ha observado esta enfermedad en *todas las edades*. Ya Bonet (2) habia citado un caso observado en un recién nacido, y Billard (3) refiere otro semejante que ha reproducido el doctor Rayer. En 37 casos recogidos por Roberts, habia en 14 un vicio de conformación congénito de las vias urinarias, en 8 la hidronefrosis era doble, y de los 14 citados dos eran niños recién nacidos, el tercero

(1) Henniger, *De l'hydronephrose, ou hydropisie des reins*, thèse de Strasbourg, 1862.

(2) Bonet, *Sepulcretum*, t. II.

(3) Billard, *Traité des maladies des nouveau-nés*.

tensa. Hay cierta analogía entre el modo de sucumbir los enfermos y la de los individuos cuyos riñones han sido invadidos por un gran número de acefalocistes. (Véase el artículo *Hidátides de los riñones*.)

A veces el riñón distendido llega á inflamarse, y entonces se observan los signos de la *pielitis aguda* con acumulacion de pus en las cavidades renales. (Véase el artículo *Pielitis*.)

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

En los casos en que la enfermedad ocupa un solo riñón, su *curso* es sumamente lento y hasta puede decirse que por lo general no hace progresos apreciables, á pesar de que la distension del riñón puede ir siempre en aumento. En aquellos en que la afeccion reside en los dos lados, hay dos períodos muy distintos. Cuando la obstruccion es todavía incompleta, á lo menos de un lado y que puede continuar la escrecion de la orina, los enfermos no presentan un estado mucho mas grave que en los casos en que la enfermedad reside en un solo lado; pero desde el momento en que la obstruccion se hace completa en ambos, adquiere la afeccion una intensidad extrema.

Igual distincion debe hacerse relativamente á la *duracion* de esta enfermedad. Se ha observado que sugetos que la presentaban en un solo lado, han vivido muchos años sin experimentar grandes incomodidades. En los que tienen los dos riñones afectados, la duracion es menos larga; pero tambien en estos hay que separar los dos períodos muy distintos que hemos indicado al hablar del curso. El primero es de larga duracion (años enteros), y el segundo termina por la muerte en pocos dias.

No es raro observar alternativas de mayor ó menor tumor renal; con la disminucion coincide una evacuacion urinaria abundante, y Roberts reconoció esta particularidad en 7 casos de 17 en que estudió la marcha de la enfermedad.

Cuando todavía no hay mas que *simple retencion de la orina en el riñón*, la enfermedad termina por lo comun por la expulsion del obstáculo que impedia el curso de la orina y por una curacion rápida. Mas si el obtáculo se ha hecho permanente y el riñón se ha convertido en una bolsa llena de un líquido seroso, la afeccion se hace tambien permanente y persiste hasta la muerte, causada, ó por una enfermedad intercurrente, ó por la obliteracion del uréter del lado opuesto, en cuyo caso la afeccion ocasiona por sí misma la terminacion funesta. Thompson ha visto la rotura del saco producir una peritonitis mortal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No deben detenernos mucho las *lesiones anatómicas*. La pélvis renal y los cálices están enormemente distendidos, la sustancia del

riñón atrofiada y reducida á una hoja delgada, de lo que resultan las abolladuras que se perciben durante la vida y que se ven despues de la muerte. «El líquido, dice Rayer, que se halla en los tumores despues de la muerte, ó que sale de ellos á beneficio de la puncion, nunca tiene las cualidades de la orina sana, aun en los casos en que la enfermedad resulta de la obstruccion de los conductos urinarios, pero este líquido contiene siempre úrea.»

Es mas acuosa que la orina normal; los materiales de secrecion presentan algunas veces alteracion, pues su color es variable y siempre es mas ó menos albuminosa. Dickinson (1) y Dumreicher (2) encontraron una vez cada uno el contenido del quiste en estado de materia colóidea.

La cantidad de este líquido era en proporciones elevadas, llegando hasta 20, 30 kilógramos, y segun Glass (3) á 112.

En 37 casos recogidos por Roberts, la hidronefrosis era simple 26 veces, y doble 11; el riñón derecho mas frecuentemente afectado que el izquierdo. Segun la estadística de Koenig (4), el riñón izquierdo fué el atacado 15 veces de 24 casos de hidronefrosis simple.

En cuanto al saco que forma, es en general mucho mas voluminoso que el riñón normal, multilocular, con tabiques completos ó incompletos, lo que explica las abolladuras que presenta el tumor por la palpacion durante la vida; la membrana del quiste y la de los tabiques son densas, fibrosas ó fibro-cartilaginosas; primitivamente este estado de la dilatacion de los cálices y de la pélvis del riñón; mas tarde el tejido celular del riñón y el parénquima atrofiado contribuyen á formar las membranas. El riñón del lado opuesto está ordinariamente hipertrofiado. Se hallan todavía en el riñón enfermo, cálculos, cuerpos extraños; la obliteracion, la retraccion por coartacion del uréter, ó por la presencia de válvulas congénitas ó accidentales.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Hé aquí cómo este autor establece el *diagnóstico*. «Semejantes tumores, dice, solo pueden confundirse por su figura con los que resultan de los *quistes de los riñones* y de la *acumulacion de pus ó de sangre* en la pélvis renal y en los cálices dilatados; pero en la inflamacion de la pélvis la orina está siempre mas ó menos cargada de pus, á menos que no se halle interceptada toda comunicacion entre la pélvis inflamada y la vejiga, lo cual no sucede ordinariamente. Además, en la *pielitis* el tumor es casi siempre doloroso, cuando en la hidronefrosis es las mas veces indolente. En los últimos tiempos de la hidropesía de los riñones la orina mucosa y ligeramen-

(1) Dickinson, *Patholog. Society Transactions*, vol. XIII, p. 138.

(2) Dumreicher, *Wiener medic. Halld.*, 1864, p. 189.

(3) Glass, *Philosophical Transations*, 1747.

(4) Koenig, *Archiv für die gesammte Medicin*, 1847, p. 189.

te filamentosa que escreta el enfermo es muy distinta de la orina purulenta y sanguinolenta de la *pielitis crónica*, de modo que haciendo un exámen detenido siempre será posible distinguir estas dos especies de tumores renales.»

Sin embargo, se han cometido errores de diagnóstico bastante graves con la enfermedad que nos ocupa. En tres casos que cita Rayer, tomados de diferentes autores, se ha creído que el tumor renal era el *útero desarrollado*, ó se le ha confundido con una *hidropesía del ovario*, y también con un *espasmo del intestino* (Howison). Aun admitiendo la existencia de esta última enfermedad, se halla naturalmente separada por un signo muy sencillo, por el sonido claro que debe dar á la percusión el tumor intestinal, al paso que el tumor renal dará á la percusión un sonido á macizo. En cuanto á los otros dos, la posición del tumor, sobre todo la determinación de su punto fijo y los síntomas propios de las afecciones del ovario ó del útero, servirán para formar el diagnóstico.

Pronóstico.—Hemos dicho ya antes de ahora que el pronóstico de esta afección, cuando reside solo en un lado, dista mucho de ser inmediatamente grave; pero lo que hay que temer es que la causa que ha producido la obstrucción completa del conducto urinario obre tarde ó temprano sobre el del lado opuesto, porque la hidronefrosis doble y permanente es una enfermedad mortal. Cuando el riñon afectado se inflama, el estado llega á ser muy grave y por lo común mortal.

§ VII.—Tratamiento.

Hé aquí el resumen del tratamiento, tal como le ha presentado Rayer. «En el método curativo de la hidronefrosis es preciso indagar la causa de la obstrucción del uréter, y si esta apareciese depender de un cálculo, y por el exámen de la orina ayudado de los demás medios de exploración se llegase á conocer la naturaleza (1) de la concreción, *se debería tratar de reblandecerle ó de obtener su disolución*. En seguida se procurará remover, en cuanto sea posible, todas las causas capaces de inflamar el saco renal y de aumentar la secreción del humor de la pélvis y de los cálices.

«Si el tumor se ha desarrollado sin que le hayan precedido los síntomas propios de los cólicos nefríticos y por la oclusión del uréter se le puede atribuir á un vicio de conformación, se ensayará á ver si se logra facilitar el curso de la orina por medio de *ligeras fricciones*, de una *compresión moderada* sobre el tumor y haciendo tomar al enfermo *diversas actitudes*.

«*Punción é incisión.*—El doctor Koenig ha aconsejado practicar una *punción* con un trócar en estos tumores hidronefrosiales, siempre

(1) Véase respecto á esto lo que hemos dicho en el párrafo destinado al tratamiento químico de las concreciones urinarias.

que se eleven de un modo sensible y que presenten fluctuación evidente, lo mismo que se hace en la *hidropesía del ovario*. No se debe adoptar este consejo así de un modo general, cualquiera que sea el volumen de la hidronefrosis de uno de los riñones, porque esta enfermedad es compatible con el ejercicio regular de las principales funciones, no compromete evidentemente la salud y la vida, y por otra parte se ha observado á veces la inflamación del quiste renal despues de la punción, y sobrevienir una *peritonitis* causando la muerte del enfermo. Pero si mientras el saco renal no llega á estar doloroso, debemos dispensarnos de recurrir á la *punción* y á la *incisión* del tumor; no sucede lo mismo cuando se inflaman las paredes de la bolsa y cuando amenazan perforarse ó reblandecerse, porque entonces se debe recurrir á las *sangrías locales y generales*, á los *baños y cataplasmas emolientes*, y al mismo tiempo evacuar por medio de *lavativas* y de *purgantes* las materias detenidas en el intestino. Si persisten los accidentes, si sobrevienen escalofríos, y si el dolor lumbar es mas vivo y continuo, entonces es necesario *proporcionar una salida al pus* ó al humor seroso y purulento acumulado en la pélvis renal y en los cálices.»

El procedimiento operatorio será el mismo que el que fué descrito en el tratamiento de la pielitis.

CAPÍTULO III.

ENFERMEDADES DE LOS URÉTERES.

Despues de los artículos que acaban de leerse, muy poco nos queda que decir de las enfermedades de los uréteres, en razon á que los uréteres tienen muy pocas afecciones que les sean propias, y porque la mayor parte de las lesiones que pueden presentar se hallan descritas necesariamente al mismo tiempo que las de ciertas enfermedades de los riñones, tales como los *cálculos renales*, los *acefalocistes*, etc. Por consiguiente solo debemos hacer una indicación breve de estas afecciones.

1.º La *hemorragia de los uréteres ó ureterorragia* es sumamente rara, y en los casos en que se la ha podido observar solo se ha conocido su asiento despues de la muerte, durante la vida es imposible distinguirla de la hemorragia renal, á cuya descripción remito al lector para el conocimiento de los síntomas.

2.º La *inflamación de los uréteres* resulta siempre de la extensión de la flecmasia de la vejiga ó del riñon, ó de la presencia de un cuerpo extraño, por consiguiente no constituye una enfermedad que importe estudiar por separado.