Duplicado del nº 10,020

9.-

19850
duplic

FACULTAD DE MEDICINA.

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA

ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN DICHA FACULTAD,

POR

ARTHUR EDMUND LEESON,

BACHILLER EN ARTES Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE DUBLIN Y LICENCIADO
DE LA JUNTA DE HIGIENE MONTEVIDEANA.

SOBRE LA NATURALEZA Y TRATAMIENTO DE LA ALBUMINURIA,

ó

MORBUS BRIGHTII.

BUENOS AIRES.

IMPRENTA DE LA "CRONICA," RECONQUISTA NUM. 39.

1866.

T57
MFN 1241
Base Galeno

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOSAIRES.

CATEDRATICOS.		ASIGNATURAS.
Presidente....	Dr. D. Francisco Javier Muñis	Partos, enfermedades de niños y mugeres y medicina legal.
Vice-Presidente	" " Juan J. Montes de Oca	—Clínica quirúrgica y operaciones.
	" " Marin Garcia.....	—Nosografía médica y patologia general.
	" " Jose Maria Bosch.....	—Clínica médica.
	" " Teodoro Alvarez.....	—Nosografia quirúrgica.
Tesorero.....	" " Salustiano Cuenca.....	—Anatomia y fisiologia.
	" " Luis Gomez.....	Materia médica, terapéutica, farmacologia, é higiene.
	" " Nicanor Albarellos...	—Patologia general y medicina legal.
Secretario.....	" " Jose P. Lucena.	

SOSTITUTOS:

Dr. D. Ventura Bosch.....Partos, etc.
" " Manuel A. Montes de Oca Clínica quirúrgica y operaciones.
" " Leopoldo Montes de Oca....Nosografia quirúrgica.

PADRINO DE TESIS.

Dr. D. Nicanor Albarellos

Bachiller en letras y ciencias de la Universidad de Francia, Doctor en medicina de la Facultad de Paris, miembro de la Sociedad Anatómica de la misma ciudad, médico del Hospital General de Mugeres, ex-Catedrático de Medicina legal, Catedrático actual de fisica y química médicas, miembro del Consejo de instruccion pública y Representante del pueblo.

El Padrino de Tesis no podrá tomar la palabra en la discusion, y su presencia es considerada unicamente como un acto de honor para el ahijado.

(Reglamento de la Facultad.)

HISTORIA

Y

DESCRIPCION GENERAL.

Es probable que ningun punto en la Medicina Patológica, haya sido mas completamente aclarado por los descubrimientos modernos, que las causas y verdadera naturaleza de las Hydropesias. Los antiguos, contentándose con lo que era evidente á los sentidos, ó no se dedicaban á investigar las causas de las alteraciones sensibles que acompañan las enfermedades ó se estraviaban en un laberinto de raciocinio á priorí el que, muchas veces, terminó por dejarlos en el mismo punto de donde habian partido.

Por eso es que la Hidropesia, la que, para nosotros felizmente mas instruidos, no es mas que el síntoma de una lesion orgánica mas profunda, ó la consecuencia de una alteracion en la calidad de la sangre, para ellos era una enfermedad mas ó menos homogénea. El progreso de la Ciencia Patológica, ya ha aclarado su verdadera naturaleza y causas, de suerte que hoy dia apénas puede colocarse entre las enfermedades, si no es mas bien, como hemos dicho arriba, un síntoma ó consecuencia de una lesion de uno de los grandes ór-

ganos vitales, ó de una alteracion importante en la calidad del fluido circulante.

La influencia de las afecciones del corazon ó del hígado en producir este estado Patológico ha sido reconocida hace muchos años; su produccion por obstruccion á la circulacion venosa, fué establecida por Lower á mediados del siglo XVII; (*) quedaban sin embargo, un número considerable de casos en que el anatomista asiduo, en vano registraba el cadáver por una causa orgánica á qué referirla, así es que, en los cuadros estadísticos de treinta años atras encontramos la division "Hidropesia General" ocupando un lugar principal entre las causas de la muerte.

Por fines del año 1827 el Dr. Bright, de Londres, llamó la atencion de la profesion á una condicion peculiar del riñon que habia visto en un número crecido de casos, acompañada de la anasarca y efusion en las cavidades serosas. Esta afeccion, que excitó de una vez un interes jeneral y que parece completar la historia de las Hidropesias, ha sido estudiada con mucha asiduidad en Inglaterra por Osborne, Christison, Prout y Johnson, y en Francia por Rayer y Solou.

Los descubrimientos recientes en la Química y en la Fisiologia han contribuido mucho á ayudar á estos observadores, y los resultados de sus trabajos, ilustrar los cuales será el objeto de las páginas siguientes, no solo han puesto en una luz mas clara la Patologia del

(*) Lower practicó la ligadura de la vena cava inferior, en un perro: Al poco tiempo el animal se murió, y la efusion se encontró en el peritoneo y enfiltracion de la mitad inferior del cuerpo. El, aunque habia hecho el esperimento con otro objeto, sin embargo, sintió la importancia del resultado con relacion á la Hydropesia y dice—"Quantum hæc ad aseitis et anarsarcæ causas investigandas conducant aliis judicandum relinquo"—Watson Practise of Physic, Pág. 268.

riñon, pero nos ha enseñado la naturaleza de muchas afecciones de órganos distantes, hasta ahora anómalas ó de difícil esplicacion.

El Riñon parece tener por encargo principal la eliminacion del sistema del Azoe. Esto verifica por separar de la sangre una materia peculiar llamada urea que contiene una cantidad mas grande del dicho elemento que cualquiera otra de las secreciones. Esta sustancia, cuya fórmula química es $C_2 H^4 N_2 O_2$ y que parece idéntica con el cyanato de potaza, acompañada de ciertas sales particularmente los muriatos sulfatos y fosfatos de las alkalis y tierras alkalinas, constituye la parte sólida da la orina. Este proceder tiene lugar en la parte cortical ó vascular del órgano por medio de un mecanismo complicado cuyo *modus operandi* era completamente desconocido hasta que la aplicacion del microscopio á la Fisiologia lo reveló, y como tiene relacion intima con la cuestion de que tratamos, vamos á dar un golpe de vista rápido sobre el modo en que se verifica.

La parte cortical del riñon consiste de las ramificaciones últimas de la arteria y nérvios de la glándula, y las radículas de las venas y ductos uriníferos ligados por tejido celular que está contínuo con la cápsula del órgano. Si seguimos el curso de uno de esos ductos de afuera para dentro encontramos, que habiendo atravesado la parte membranosa en línea derecha, entra en la cortical, se pone tortuoso, doblando por todos lados, y por fin, termina en un *cul de sac* redondo. Una arteria atraviesa la pared de este y se divide en un lazo de capilares, los que por fin terminan en una vena que sale por la pared opuesta, en el mismo modo como la arteria entró. Esta

arteria se llama *vas afferens*, la vena, *vas efferens:* y el *cul de sac* con el lazo de capilares es el corpus Malpighi. Habi endo de corpus Malpighi, la vena *efferens* se divide en un sinúmero de ramos que forman un plexus al rededor del ducto urinífero. Por fin, este plexus termina en una vena que se reune con sus compañeras formando la vena renal. Queda pues establecido que la parte acuosa de la orina se forma en el Corpus Malpighi y parece ser un proceder de exudacion sencilla, mientras que el urea y los demas constituentes sólidos, se separan de la sangre en el plexus venoso arriba mencionado, por medio de las células epiteliales que revisten la membrana de cada que forma la pared del ducto urinífero. Estas células, que tienen la misma propiedad de todas las células en el reino animal y vegetal, la de escojer las materias que absorven, nacen en el blastema que cubre toda la estension de la membrana, y se agrandecen por absorpcion del plexus venoso; el desarrollo de nuevas células los puja hasta la superficie, estas últimas en su turno son desalojadas por otras mas recientes, y así sigue la operacion durante el estado normal del órgano. Conforme estas células se acercan á la superficie de la membrana, pierden su forma redonda, se ponen chatas y llegadas á esta se revientan, descargan su contenido, lo que junto con los restos de las paredes quebradas se arrastran por la corriente de agua que procede del corpus Malpighi.

Ahora, en la enfermedad de que vamos á tratar, esta funcion importante está deteriorada, esto, es una parte del urea queda en la sangre, produciendo alteraciones en la calidad de esta, que no solo la hacen mas ó menos incapaz de cumplir su oficio, pero por su medio

ejercen una influencia dañosa sobre órganos distantes.

Pero la disminucion del urea no es el único cambio que observamos en la secrecion renal. El albumen, que nunca entra en su composicion en el estado de salud, ahora se encuentra en cantidad considerable, y las sales y demas ingredientes sólidos esperimentan una disminucion notable. En consecuencia de estas alteraciones, se verá que sus caractéres físicos han de modificarse considerablemente. La gravedad específica que en el estado de salud varia de 1015 á 1020 cae á 1012 ó 1010, y se ha visto bajarse hasta 1004, estando en razon directa con la cantidad de ingredientes sólidos. Con el objeto de mejor ilustrar las alteraciones en la orina causadas por esta molestia, juntemos aquí su analisis en el estado normal y en dos casos de Albuminuria, la una hecha á principios, la otra hácia la terminacion de la enfermedad.

ANALISIS DE LA ORINA NORMAL (MILLER.)

(*Gravedad específica* 1020.)

Agua	956-8000		
Urea	14-2300		
Acido urico	0-3700		
Estractivo alcoholico	12-5270	Máterias orgánicas 29-822.	Ingredientes sólidos 42-98.
" acuoso	1-6030		
Mucus de la vegiga	0-1650		
Muriato de amonia	0-9154		
Clorido de sodio	7-2193		
Acido fosfórico	2-1189		
" sulfúrico	1-7020		
Cal	0-2101	Sales 13-158.	
Magnecia	0-1198		
Potasa	1-9350		
Soda	0-0586		
	999-9623		

ANALISIS DE LA ORINA EN DOS CASOS DE ALBUMINURIA.

(SOLON.)

Número 1 Gravedad específica	1014	Número 2 Gravedad específica	1022
Agua	966-10		933-50
Urea	4-77		10-10
Acido urico	0-40		0-60
Sales	8-05		10-09
Materias estractivas	2-40		10-09
Albumen	18-00		33-60
	1000-00		1000-00
Ingredientes sólidos	33-90		66-50

Las alteraciones en los caractéres sensibles de la orina, aunque generalmente bastante notables no son constantes, y son las que suelen presentarse no solo en otras afecciones del órgano en cuestion, sinó enotras partes del sistema con que este simpatiza. Por lo regular, pierde su claridad natural, se pone turbio, obscuro, y algunas veces parece como si tuviese sangre, y efectivamente globulos de sangre á veces se encuentran, esto señala una intensidad rara de la enfermedad.

Pero el signo característico mas importante y constante es la presencia del Albumen, y la Química nos proporciona muchos toques delicados con qué averiguarla. Los mas usados son los siguientes:

A la temperatura de 160 Fahrenheit esta sustancia se coagula formando una masa parecida á la jalea en el fondo del vaso que la contiene. El ácido nítrico y algunos otros ácidos fuertes tienen el mismo efecto teniendo cuidado de echar bastante ácido nítrico porque el nitrato de Albumen se disuelve en agua,pero se precipita cuando se añade un exceso del ácido. Sin embargo, ni una ni otra de

estas pruebas son infalibles. Este ácido tiene la propiedad de precipitar los uratos, cuando existen, pero aquí el calor nos acude á la ayuda redisolviendo estos y haciendo la orina clara como antes, mientras que si el precipitado es de albumen queda sin alteracion. De un modo semejante el calor precipita los fosfatus, en este caso unas gotas del ácido los redisuelve.

Es de advertir que la presencia de esta materia no es estrictamente peculiar á esta afeccion. Ciertos alimentos lo producen, y en este caso no parece incompatible con la salud. Se ha visto tambien en el estado de embarazo, en la *hæmaturia* y hácia la terminacion de las fiebres intermitentes. Por otro lado tampoco es constante su presencia en la Albuminuria. A veces desaparece de repente, y si al paso la subida de la gravedad específica indica la vuelta del urea á la orina, es síntoma importante y señala una disminucion en la intensidad de la enfermedad, pero mientras que esta continua baja, no es prueba de mejora ninguna, sino al contrario es compatible con un adelanto progresivo de los síntomas peores, y es muchas veces el precursor de la muerte. Los primeros observadores no estaban de acuerdo respecto al orígen del albumen, era la opinion de Solon y algunos otros, q' se formaba del urea por una de estas transposiciones de elementos tan frecuentes entre sustancias orgánicas cuya composicion es tan complicada, y la afinidad química de los elementos que las constituyen, tan débil: opinion que parecia confirmada por la incapacidadad de los químicos de aquella época de descubrir urea en la sangre.

Los progresos de la química analítica ya han desechado esta

teoría, y se ha conseguido demostrar esta escrecion no solo en la sangre pero en la saliva, sudor, cerebro, hígado, y en casi todos los tegidos de los acometidos de esta molestia. El orígen verdadero es el sucro de la sangre; es de esperarse por consiguiente que se sigan unas modificaciones en la calidad de este fluido; y efectivamente así es. El albumen, que debe formar como 67, partes por mil de suero, se reduce en esta enfermedad á veinte ó quince, y aun á menos; en este estado está claro que no es capaz de proporcionar á la orina la cantidad acostumbrada de albumen el que vá disminuyendo *pari passu* con el progreso de la enfermedad hasta desaparecer generalmente hácia la terminacion.

SINTOMATOLOGIA.

Esta enfermedad formidable puede investir la forma aguda ó crónica, ó puede sobrevenir en el período de convalescencia de la escarlatina, fiebre intermitente, ó segun algunos, del cólera maligno, division no solo natural en sí mismo, sino teniendo relacion íntima con el prognóstico, y modificando mucho el tratamiento. La Albuminuria aguda generalmente presenta los síntomas bien conocidos de la Hydropesia febril, y parece ser la forma mas ordinaria de esta afeccion. Un individuo, por ejemplo, habiéndose espuesto al frio y la humedad se encuentra acometido de calos-frios repetidos seguidos por los síntomas ordinarios de fiebre, particularmente por un pulso duro, calor y sequedad del cutis, lengua cargada, cefalalgia y un sentimiento de *mal aise* general. Estos síntomas están acompañados por un dolor sordo en la region de los riñones, ó al menos por una sensacion de calor ó pesadez. Al mismo tiempo tendremos afecciones

simpáticas de partes mas ó menos cercanas al riñon por simpatias nerviosas; habrá nausea probablemente, vómito, dolor en los muslos ó en las partes genitales, á veces retraccion del testículo y micturicion frecuente y dolorosa. La irritacion del estómago sobre todo, es algunas veces tan severa, que distrae la atencion del facultativo del paraje verdadero de la enfermedad y hace que el enfermo se fije menos en los síntomas que son de mas valor para el diagnóstico. La orina está escasa, obscura, turbia, cargada de albumen, y á veces de sangre. En este período, la cantidad de urea y sales no está muy disminuida ni por consiguiente es la gravedad específica, aun puede estar mas alta que lo natural. Esta última circunstancia es de poca duracion. A las veinte y tantas horas empieza una infiltracion del tejido celular, los párpados y la cara son primero afectados; mas tarde, por la gravitacion el fluido, se baja en las estremidades inferiores, las cuales se vuelven enormemente edematosas.

La sangre está con la costra inflamatoria, y la analisis demostrará la presencia del urea desde el principio; el *liquor sanguinis* se ha puesto lacticinoso y la fibrina está aumentada. La gravedad específica no está todavia alterada, pero á los pocos dias se vé una caida considerable, y la rapidez de esta descension está en razon directa con la cantidad de albumen en la orina, conforme este vá disminuyendo, el suero vuelve á su estado natural.

El curso de la Albuminuria aguda es corto, y excede rara vez tres ó cuatro semanas, su terminacion, que puede suceder á cualquiera período desde el tercer ó cuarto dia se verifica en alguna de las maneras siguientes:—1.º En la salud—Bajo un tratamiento racio-

nal, muchas veces, la fiebre calma, la cantidad de albumen en la orina disminuye la absorcion del anasarca empieza, y despues de una convalescencia corta, el enfermo vuelve á su salud acostumbrada.

2.º Puede terminar en el estado crónico, y esto desgraciadamente es lo que sucede en la mayoria de los casos. Puede ser que los síntomas febriles se apaguen, los dolores lumbares y afecciones simpáticas desaparescan, que la efusion serosa se absorve ó totalmente ó en parte, pero la orina sigue albuminosa, el cútis seco, el enfermo se siente todavia enfermo, y poco á poco se van desarrollando los síntomas de la albuminuria crónica, los cuales serán descriptos mas en adelante en su órden natural.

En tercer lugar—Puede tener una terminacion fatal—A pesar de los recursos del arte, no dejan de haber casos en que los remedios parecen tener poca influencia. Los síntomas que anuncian este éxito son los siguientes—La anasarca se vá aumentando hasta que llega á afectar los pulmones, la respiracion se pone laboriosa, la orina disminuye en cantidad, ó se suprime enteramente, el enfermo cae en modorra contínua ó le dan convulsiones epilépticas seguidas por fin por un *como* completo, en el que muere, ó por efusion en la cavidad cronial, ó por la influencia nociva del urea sobre el cerebro en cuyo órgano obra como veneno directo. (1)

---

(1) Frerichs, distinguido patologista Aleman, sostiene que el urea no tiene este efecto, sino el corbonato de amonia, la que siempre se desarrolla mientras la descomposicion de esta excrecion.—Ha demostrado muchas veces la presencia de amonia en la halena y del carbonato en la sangre de los que padecen del Morbus Brightii. Su teoria parece confirmada por los hechos siguientes:—1.º La inyeccion del carbonato de ammonia en las venas producen sintomas iguales á los vistos en la terminacion de la Albuminuria.—2.º Estos síntomas siguen en el acto, mientras que si se inyecta la urea se sigue un intérvalo de una hora ó mas.—3.º la inyeccion de la urea muchas vaces trae consecuencias malas ninguna si los riñones estan sanos.

Hay tambien otra variedad de la terminacion fatal bastante frecuente para llamar la atencion—Observamos en esta enfermedad una tendencia estraordinaria de los diferentes tegidos à inflamarse y con especialidad de las membranas serosas, así sucede que una peritonitis pericurditis ó pleuritis repentina muchas veces vendra á arrebatarnos el enfermo que habíamos creido casi fuera de peligro y en estado de covalescencia. (2)

Hemos dicho arriba que la Albuminuria puede sobrevenir durante la convalescencia de la escarlatina y unas cuantas otras dolencias agudas. En esta, que puede llamarse la forma sub-aguda, los síntomas y marcha de la enfermedad son casi iguales á la última, á no ser que la fiebre no sea tan fuerte, ni la tendencia al coma, ni á las inflamaciones secundarias tan decidida. En la escarlatina suele aparecer mientras el periodo de descuamacion cuando un proceder parecido al del cútis parece tener lugar en el riñon, eso es, una descuamacion de la células epiteciales que revisten los tubos uriníferos, las que hemos visto son los que elaboran el urea.

La Albuminuria crònica cuando no es seguida de la aguda es por lo general insidua y casi imperceptible en su acceso. Se encuentra las mas veces en la clase trabajadora, á quienes el alimento y alojamiento mal-sanos han debilitado las fuerzas vitales, y entre personas entregadas al exceso en las bebidas espirituosas. Los primeros síntomas, por su trivialidad, generalmente son descuidados por el enfermo, á quien no parecen pedir asistencia medical, así sucede que

(2) Es digno de mencionarse que esta terminacion tan general en algunos parages es casi desconocida en otros. En Edimburgo es frecuente, en Londres se encuentra con menos frecuencia, mientras que en Dublin es casi desconocido.

la desorganizacion del riñon està muy adelantada cuando llega al conocimiento del facultativo. El enfermo probablemente se habrá quejado por algun tiempo de una debilidad progresiva; no es capaz de aguantar la misma fatiga como antes, se ha enflaquecido, ha perdido el apetito, el semblante, la tez de salud. Si es ya de edad madura atribuye esto, quizá, á la vejez que se acerca y no pudiendo indicar afeccion de ningun órgano particular, no se crée enfermo. Al mismo tiempo, tendrá afecciones anómolas é inconstantes de partes diferentes del sistema. Nausea, vómitos, cardialgia ventosidad, dispepcia, por fin en todas sus formas—cefalalgia, dolores reumàticos, alternando todos, uno con otro, y con intérvalos de salud comparativa. La transpiracion cutanea está disminuida, el cutis seco y áspero al tacto, y casi siempre hay una irritacion en la vejiga mas ó menos incómoda el paciente, teniendo que levantarse de noche para vaciarla. Este, por eso, muchas veces contestará á las preguntas del facultativo que la orina está mas abundante que lo natural, aunque en verdad en la gran mayoria de casos está escasa desde el principio. La orina está mas ó menos obscura y turbia, pero no presenta mas de lo que es de costumbre en la dispepcia y otros desarreglos de las *primee viœ*.

Este estado puede durar meses (ó aun años enteros) mucho depende de las circunstancias en que se halla el enfermo. En la clase trabajadora, es generalmente de poca duracion. En esta, el pasiente, espuesto por su oficio, á las viscisitudes de temperatura al frio y humedad, alternando puede ser con el calor de talleres demasiado concurridos, se resfria, la enfermedad se pone sub-aguda y la sobrevencion de la anasarca y los otros síntomas,

detallados cuando hablabamos de la forma aguda declaran la naturaleza verdadera de la enfermedad. Otras veces la invasion de la Hydropesia es gradual, y en casos raros, está ausente, desde el principio hasta la terminacion.

En cuanto á la terminacion, las mismas observaciones que hemos hecho sobre la forma aguda sirven para la crónica—Termina— 1.º En la salud—2.º La muerte—Esta última se verifica ó por el coma, ó por una inflamacion repentina de algun òrgano vital como ya tenemos dicho, ademas tenemos generalmente en el progreso de la enfermedad crónica, unas complicaciones que contribuyen mucho á acelerar el éxito fatal. Las siguientes son las mas frecuentemente observadas.

1.º Enfermedades del corazon—Esta es una complicacion frecuente. Rayer la ha observado en la quinta parte y Bright en sesenta cinco por ciento de sus enfermos. La relacion que tiene con la Albuminuria no está muy bien aclarada. Rayer la cree las mas veces la causa de la afeccion renal, mientras que Bright y Christison la tienen por secundaria. Copland y algunos autores ingleses recientes convienen con Rayer.

2.º Lesiones del hígado—Son tambien muy generales—Bright encontró este órgano afectado un 60 por ciento de sus casos: en la mayor parte de los cuales estaba en el estado de cirrhosis.

A mas de estas complicaciones se ha visto con frecuencia la coexistencia de afecciones del Pancreas estómago, bazo, así como phthisis pulmonar y erupciones cutaneas.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LA ALBUMINURIA.

Las apariencias anatómicas que nos presenta la autopsia estan lejos de ser tan uniformes ó tan satisfactorias, como desearíamos. Encontramos, sin embargo, tres formas de riñon granular que puede servir de tipos, á las cuales se pueden reducir las seis ú ocho enumerado por algunos escritores. Entre estas formas hay una gradacion indefinida, y se ven casos sin número que son imposible de referir á cualquiera, pero parecen participar igualmente de los caractéres de todas.

1.º Si el enfermo muere en el estado agudo—El órgano parece mas grande y pesado que lo natural; está ablandecido, su color está de un purpúreo obscuro, y la cápsu'a se separa facilmente de la glándula. Si hacemos una seccion, veremos que esta alteracion ha tenido lugar solamente ó principalmente en la parte cortical ó bascular; toda su substancia está en un estado de congestion estrema, particularmente los corpora malpighi, que se agradan mucho y se dilatan con sangre. Desparramadas por todos lados vemos masitas de una materia amarilla granulosa la que parece ser albumen en estado de coagulacion. Muchas de las venas eferentes están tapadas por *coadgula* fibrinosos ó sanguíneos, y las pirámides, que á otros respectos no son interesados, parecen apretados por la tumescencia de la substancia cortical que las separa. El microscópio nos muestra los ductos obstruidos mas ó menos por la substancia glandulosa arriba mencionada, mezclada con una masa amorfa de células epeteriales, globulos oleosos, y células orgánicas en todos los grados de la degeneracion; éstos productos de desorganizacion, se pueden descubrir en la orina. Cuanto mas aguda ha sido la enfermedad tan-

to mas mas uniformes encontraremos estos fenomenos, y probablemente esta es la condicion en que siempre está al organo en el principio no solo de la forma aguda pero de la crónica tambien.

La forma segunda es á muchos rèpectos lo opuesto de la primera y se encuentra solamente en casos que han durado algun tiempo.—En esta el tamaño del órgano esta mas ó menos reducido á veces por mitad—está endurecido y ha perdido toda traza de vascularidad. La superficie se ha puesto de un color blanquizco esta espera ó nudosa. El interior presenta los mismos caracteres, los *lineæ tronsversæ* son obliteradas asi como la mayor parte de los corpora Malpighi y todo el organo parece compuesto de granillos blanco-amarillos que han obliterado enteramente sus tejidos particulares.

Estas dos formas no son mas q' el primer y último anillo en una misma cadena ó mas bien en la primera, el riñon está en el primer periodo de inflamacion aguda en la segunla está en el último de inflamacion crónica. La tercera es una variedad aparte y cuando está simple y no complicada con las otras tiene nada que ver con el proceder inflamatorio; me refiero, la degeneracion adiposa del riñon.

En esta encontramos la glándula mas grande q' lo natural, ablandesido liso y con la capsula adelgazada, y atenuada, y á veces cargada de adeps. Su color es moreno claro amarillento con manchas purpurias y rojas. Sn interior presenta el mismo color pero sin las manchas. Cortada, engrasa el cuchillo y las manos del anatomista. Esto es efecto de una infinidad de pequeños cistos oleosos que el instrumento ha abierto y que son desparramados con frecuencia por todo el órgano. A mas de esto el microscopio nos muestra todo el parenquima y canales

de los ductos ocupados por una masa amorfa que consiste en mayor parte de globulos abesos mezclados con celulas epeteliales evagular fibrinosos y todos los productos de materia animal en el estado de desorganizacion.

Esta forma rara vez se encuentra simple eso es, está generalmente complicada con la segunda y casi se puede decir que en todo caso de Albuminuria crónica tiene lugar mas ó menos degeneracion adiposa. Mientras la vida del enfermo generalmente no hay nada que indíca cual de estos procederes mórbidos se pasa en el riñon, sinó que en estos casos que empiezan por el estado agudo encontramos las mas veces el riñon duro y contraido, y en los que han principiado sin fiebre y en su curso no han manifestado una tendencia à las exacerbaciones sub-agudas, encontramos probablemente la tercera forma mas ó menos mezclada con la segunda.

En cuanto al proceder Patolójico q' produce las dos primeras formas de riñon granular, para mí, todo se puede esplicar por los principios de inflamacion ordinaria teniendo presente la estructura peculiar del órgano ¿Cuales son los efectos de la inflamacionen una membrana mucosa? El primero es una desminucion ó supresion de su secrecion natural seguida por la secrecion de un fluido albuminoso mas ó menos abundante. En las membranas libres donde hay salida libre para este luego que se forma secede rara vez que la inflamacion cause alteraciones orgánicas,

El caso es diferente en las glándulas las que no son mas que involuciones de canales mucosos con los vasos y nervios necesarios aqui la estrechez de los pasajes hace q' se acumule la secrecion mórbida—esta se cuaja y obrando como cuerpo estraño aumenta mas y mas la irritacion, de modo q' una infla-

macion que seria trivial en otra parte, causa la desorganizacion completa de una glandula. En este estado de inflamacion aguda encontramos el riñon en la forma primera. Si esto dura algun tiempo la inflamacion se vuelve crónica—la capsula y tejido celular se engruesan por depósitos de linfa, el albumen cuajado se aumenta llenando los córpora malpighi lo que les da la forma granular que caracteriza este producto—por fin llegan á ejercer presion sobre los vasos de la glandula, causando asi una atrofia parecida á la del higado en la cirrhosis—en este estado el riñon presenta los caracteres de la forma segunda

?Sí el riñon granular es efecto de la inflamacio n ordinaria¿ cual es la naturaleza de la Nephritis aguda? Si consideramos la patalogia de las membranas mucosas encontramos la esplicacion. El resultado de la inflamacion en un tejido mucoso no es siempre albumen. Cuando la inflamacion es mas intensa que de costumbre, ó cuando el tejido celular súbmucoso está afectado ó á consecuencia de algunas influencias especificas la inflamacion termina en la formacion del pus. Esta es la q' tiene lugar en la Nephritis aguda simple. Esta es una inflamacion intensa y el celular, una inflamacion parenquimatosa resultando en supuracion. En la Albuminuria por otro lado la inflamacion desarrollandose generalmente en un sistema debilitado es menos intensa efectando principalmente los tejidos mucosos, y termina por la secrecion albuminosa q' es su producto ordinario en estos tejidos. Esta secrecion, producto las mas veces de una inflamacion trivial pero retenida por la estructura peculiar del orga,llega como hemos visto á efectuar su desorganizacion completa.

DIAGNOSTICO, PROGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

El diagnostico de la Albuminuria aguda no ha de tardarnos mucho siendo los síntomas tan claros que apenas dejan posibilidad de error.

La presencia del albumen en la orina es constante en el principio de la enfermedad y la apariencia de esta secrecion reunido á la irritacion de la vejiga y los dolores lumbares apenas pueden dejar de llamar la atencion al riñon, aun antes que la sobrevencion de la Anasarca venga á completar la lista de síntomas. El de la forma crónica no ofrece la misma facilidad, no por falta de medios adecuados una vez que nuestras sospechas son despertadadas respecto á la verdadera naturaleza de la emfermedad que tratamos, sino por la poca relacion aparente que tienen los primeros síntomas con el órgano afectado asi como, porque suelen acompañar muchas otras enfermedades cuyo diagnostico es tambien dificil.

Será bueno entonces examinar con cuidado el estado de la orina en todo caso en que vemos una cachexia pregresiva sobrevenir en alguna causa orgánica, á la que lo podemos referir particularmente si va acompañado de desarreglo continuo del estómago y viscera quilopoietica, cutis seco, sensacion de debilidad en el lomo y escasidad de la orina—asi conseguiremos muchas veces atacar la enfermedad en el principio cuando está menos rebelde al tratamiento y la desorganizacion del rinon está poco adelantada.

El prognostico, que será siempre grave, se modifica por la forma que reviste la enfermedad y por la constitucion ó diatesiso del enfermo. La forma mas leve es la que acompaña la escarlatina, en esta rara vez se muere en el estado agudo y un número considerable sanan sin pasar al estado crónico.

En la Albuminuria aguda ordinaria el caso es diferente, está como dijimos arriba rara vez acomete á una persona que no tenga el sistema debili-

tado por la pobreza y sus consecuencias, una vida desarreglada ú otra influencia deprimente aunque no sea de clase desgraciada pero que participa de la diathesis escrofulosa.

Sin embargo, si acaso es robusto el enfermo y siempre ha gozado di buena salud, se puede emitir un prognóstico mas favorable, ó al menos se escapa los peligros del estado agudo, podemos confiar en que no recaerá en el crónico—como sucede casi siempre en la mayoria de los casos.

El prognóstico en este ùltimo estado es siempre fatal. Aunque una cura completa no está fuera de posibilidad, y que casos de restablecimiento perfecto se han observado por todos los que han escrito sobre este asunto, el nnmero es tan reducido que no basta para influir el prognóstico ya sea larga ó corta la marcha de la enfermedad, termina tarde ó temprano en la manera ya dicha, ó por acelerar el paso de las afecciones orgánicas de otros órganos que la suelen acompañar.

Ahora vamos á fijar la atencion sobre los medios curativos propios á emplearse en un caso de Albuminuria aguda. Si el enfermo es robusto y la fiebre fuerte, el uso libre de la lanceta es la primera indicacion y aqui es de advertirse que mas ventaja parece acarrear de sangrias moderadas y repetidas que de una sola que sea mas abundante—á la general se junta con ventaja las sangrias locales por medio de ventosas con las cuales se puede sacar una cantidad grande de sangre en esta region. Junto con las sangrias se debe mandar una purgante fuerte de esas que se llaman hidragogas ó drasticas como la jalapa con tartarato de potasa, las salinas ó qualquiera otra de esa clase que no tenga efecto diuretico, aunque esta última circunstancia es de poca importancia segun Christison y algunos otros quienes tie-

nen la costumbre de mandar diureticos desde el principio. Este debe repetirse á menudo durante el curso de la enfermedad, con el doble objeto de presion de la vena reñal y de aliviar el riñon de una cantidad de fluido que por la supresion de la transpiracion cutanea este tendria que eleminar. Estas primeras indicaciones cumplidas, debieramos procurar á hacer volver las funciones de la piel por diaforéticos, bebidas diluentes y sobre todo por el baño de vapor. Cuando la secrecion cutanea está restablecida, se tiene que poner cuidado en mantenerla vistiendo el enfermo en flanela y abrigandole bien de los corrientes de aire ó cambios repentinos de temperatura. Si sobrevienen síntomas cerebrales, tendrémos recurso á los revulsivos poderosos, como purgantes fuertes, sinapismos y vejigatorios á las estremidades inferiores. Si el *coma* continua á pesar de estos, un vejigatorio grande sobre el calvarium muchas veces logra despertar el enfermo.

Si por otro lado la disminucion de la anasarca y de los otros síntomas prominentes anuncian su vuelta al estado de convalesencia, debemos parar todo medicamento á escepcion de un suave diaforético, á los pocos dias empezando un tratamiento tónico. El tónico que parece gozar mas confianza entre todos los que han escrito sobre esta enfermedad es el fierro cuya influencia en mejorar la calidad de la sangre gravemente deteriorada en esta enfermedad parece indicarlo especialmente.

El alimento debe consistir principalmente de sustancias farinaceas por ser menos estimulantes, y Rayer habla mucho de la eficacia de un régimen reducido al uso de la leche. Las precauciones mas estrictas son necesarias para que el enfermo no se resfrie porque la miníma

causa basta para desarrollar otra vez la enfermedad en toda su intensidad.

Se ha notado que por algun tiempo despues de la desaparicion de todos los otros síntomas, que una cantidad considerable de urea permanece en la orina, esto es de poca importancia con tal que la granidad especifica haya vuelto á su punto normal.

El sistema antiflugistico atrevido que usamos con tan buen efecto en el estado agudo no sirve en el crónico,en el que por el contrario es necesario por todos medios sostener el sistema debilitado por el empobrecimiento de la sangre. Sin embargo si hay el menor síntoma de conjestion de los riñones, y sobre todo si sucede una axacerbacion subaguda será bueno mandar una sangria local moderada teniendo presente el estado abatido del enfermo. Eso hecho, nuestro tratamiento debe dirijirse al cutis cuyas funciones suspendidas tienen que restablecerse—cuando conseguimos este objeto la anasarca generalmente disminuye. En cuanto al uso de diuréticos, que hemos dicho son contraindicados en la Albuminaria aguda, no hay el mismo inconveniente en la crónica, pues por el contrario deben usarse cada vez que observamos una disminucion en la cantidad diaria de orina.

Por estos medios ayudados de cuando en cuando por un purgante activo haremos desaparecer la anasarca, que vuelve sin embargo desgraciadamente por la causa mas trivial.

Lo que tenemos dicho arriba respecto al fierro cuando hablamos de la forma aguda se puede repetir aqui, su administracion debe empezar desde el primer momento y seguir por todo el curso de la enfermedad.

En cuanto á otros remedios la profesion no está de acuerdo.Cada facul-

tativo, cada escuela, tiene alguna droga en que ponen con fianza, y muchas de estas son de naturaleza la mas opuesta. Las bases del trata miento de Christison son los diureticos los que usa desde el principio—Bright y Copland los créen inutiles. Rayer pone mas confianza en la contra-irritac ion por medio de sedales y fuentes y en la administracion interna de tintura de cantharides. El Dr. Prout cre en el diosna; los Alemanes en ácido tánico, otros como Osborne en los alkalis y otros en el creosoto—aqui como sie mpre la multitud de especificos es bastante prueba de su po o valor.

Para nosotros una atencion constante al rejímen y una vigilancia precavida en evitar las vicisitudes de la temperatura,tienen mas influencia en dilatar el curso y detener el progreso de la enfermedad que cualquier de estos. Por estos medios unidos á un alimento nutritivo sin ser estimulante y tranquilidad completa de anímo y cuerpo, conseguiremos muchas veces dilatar el término de la existencia por muchos años, en los que el enfermo tendrá bastante salud para disfrutar muchos de los goces de la vida, ó al menos estará libre del padecimiento que generalmente acompaña la marcha de las enfermedades mortales.

PROPOSICIONES ACCESORIAS.

1ª Testura de la masa encefálica.

2ª Funciones de los diferentes órganos que constituyen el eje cerebro raquidiano.

3ª Medicacion purgante.

4ª Caractéres de la asfixia por submercion.

5ª Tuberculizacion general en los niños.

6ª Causas de las infiltraciones serosas.