

buminoidea, como lo han demostrado Kekule (1) y C. Schmidt (2).

Esta degeneracion está constantemente ligada á lesiones de las células y del contenido de los *túbulos* que hemos estudiado hasta el presente. Es una nefritis parenquimatosa con una lesion de los vasos bien distinta de la alteracion ateromatosa. Esta alteracion principia por los glomérulos de Malpigio, que son mas gruesos, mas refringentes que en el estado normal; mas tarde, los vasos de los glomérulos y los capilares son invadidos, y su calibre se reduce hasta el punto de hacerse impermeables á las mas finas inyecciones. Se vuelven transparentes y refringentes; sus contornos apenas son visibles; todos están como hinchados por una materia finamente granulosa. Tratándolos por una solucion diluida de iodo, los vasos se coloran en moreno, y se los reconoce sobre un corte del riñon, tan bien como despues de una inyeccion bien hecha; los ramilletes vasculares de los glomérulos se hacen igualmente visibles. Añadiendo una gota de ácido sulfúrico, el color se hace subido, ó bien toma tintas cambiantes, verde subido, índigo, violeta, rojo. Las paredes propias de los tubos uriníferos y su epitelium, rara vez están infiltradas de esta sustancia.

Esta enfermedad del riñon se acompaña casi siempre de una degeneracion semejante del bazo, del hígado y de los gánglios linfáticos. Es, por decirlo así, propias de las albuminurias á consecuencia de largas supuraciones, de tisis pulmonar, de escrófula ó de sífilis terciaria.

Los riñones son unas veces *voluminosos*, y su superficie es lisa, amarillenta; otras veces están atrofiados, y su superficie es mamelona y granulosa. Las granulaciones se parecen entonces á la cera virgen, al tocino. Los glomérulos son visibles bajo la forma de pequeños granos salientes, transparentes y refringentes. El volumen del riñon está determinado, en todos los casos, por las variaciones de volumen de los túbulos, los cuales están siempre, en las nefritis albuminosas, distendidos antes de atrofiarse. Cuando esta alteracion está avanzada, la cantidad de orina excretada es muy corta, mientras que al principio está aumentada, como lo ha hecho notar Grainger-Stewart (3).

Lesiones que pueden acompañar la nefritis albuminosa.—Mencionaremos la *nefritis intersticial* (Beckmann, Todd), atrofia del riñon con condensacion de su tejido y granulaciones en su superficie; los *quistes* en la superficie y en el interior de la sustancia cortical el *ateroma* de las arterias del riñon, la incrustacion calcárea de los glomérulos de Malpigio, las *obliteraciones arteriales y venosas*, los depó-

(1) Kekule, *Verhandlungen der naturhistorisch-med. Vereins zu Heidelberg*, 1855, t. V, p. 144.

(2) Carl Schmidt, *Annalen der Chemie und Pharmacie*, t. LX, 1859.

(3) Grainger-Stewart, *Edinb. med. Journal*, Febrero, 1861, y Agosto, 1864.

sitos de ácido úrico y de uratos en la sustancia tubular, y cortical; los abscesos, las granulaciones tuberculosas y cancerosas.

Añadamos la indicacion de lesiones de otras vísceras, de que se ha tratado en el artículo precedente y sobre las cuales no debemos volver á ocuparnos. Señalaremos solamente la extrema frecuencia de la hipertrofia del corazon y de la lesion simultánea del hígado, del bazo y del riñon en la enfermedad de Bright.

Completaremos estos datos reproduciendo el cuadro siguiente, de Roberts, que resume 406 autopsias tomadas de varios autores (Bright, Christison, Gregory, Martin Solon, Rayer, Becquerel, Malmsten, Freichs, Rosenstein).

COMPLICACIONES VISCERALES DE LA ENFERMEDAD DE BRIGHT.

CORAZON.	PULMONES.	PLEURA.	PERICARDIO.	PERITONEO.	HÍGADO.	BAZO.	ESTÓMAGO É INTESTINOS.	CEREBRO.
Hipertrofia, 125 veces.	Edema pulmonar, 115 veces.	Pleurisia, 57 veces.	Pericarditis, 30 veces.	Peritonitis, 46 veces.	Cirrosis, 41 veces.	Esplenitis crónica, 58 veces.	Gastritis catarral, 36 veces.	Hemorragia, 14 veces.
Con lesiones valvulares, 55 veces.	Pneumonia, 52 veces.				Hígado grasiento, 38 veces.	Esplenitis aguda, 17 veces.	Catarral intestinal con ulceracion de los folículos, 85 veces.	Sufusion serosa subaracnoid ea, 59 veces.
Sin lesiones valvulares, 54 veces.	Apoplejia pulmonar, 8 veces.						Tubérculos intestinales, 13 veces.	
	Gangrena, 4 veces.							
	Tubérculo, 37 veces.							
	Enfisema vaxicular, 33 veces.							

Cáncer del hígado, 1; cáncer del píloro, 4; úlceras intestinales, 2; meningitis, 2; tuberculos de las meninges, 1; tumor del cerebro, 11; abscesos del pulmon, 3; hígado nuez-moscada, 11; hígado lar-dáceo, 3; atrofia del bazo, 9; falsas membranas del intestino, 3; re-blandecimiento del cerebro, 1; aracnitis crónica, 6; meningitis en supuracion, 1.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

Despues de lo que se ha dicho en la sintomatologia se pueden distinguir, con relacion al curso, dos formas de enfermedad de Bright (nefritis albuminosa persistente), la una *aguda*, la otra *crónica*. La primera forma sigue su curso casi continuo, ó con cortos intervalos de calma, para llegar prontamente á un desenlace fatal. En la otra, las alteraciones de la orina, la infiltracion serosa y aun los síntomas

generales podían experimentar modificaciones muy considerables en el curso de la afección, lo que constituye una especie de remitencia muy irregular que se debe conocer.

Mucho más importa estudiar el curso de la enfermedad de Bright de *forma crónica*, que ordinariamente es muy lento. Casi nunca es llamado el médico para observarle en los primeros tiempos.

Los síntomas aparentes, es decir, el edema y los derrames serosos, pueden desaparecer y mejorarse el estado general hasta el punto que el enfermo se crea curado; pero al cabo de más ó menos tiempo se ven reproducirse los mismos accidentes, y estas alternativas pueden manifestarse varias veces. Es necesario conocer este curso de la enfermedad para no dejarse alucinar por curaciones aparentes, seguidas de *recaidas* cuyos síntomas son ordinariamente más graves. El exámen de la orina, dando á conocer la presencia de la albúmina, muestra al médico que la enfermedad persiste, porque los síntomas que tienen su asiento en las vías urinarias no desaparecen como las diversas hidropesías, ó á lo menos existen todavía, en los casos de que se trata, algunos caracteres por los que la orina se diferencia del estado normal. Como se ve, estas recaídas solo son aparentes, porque para el médico observador no ha dejado de existir la enfermedad. Mas adelante diremos alguna cosa de las recidivas.

La *duración* de la nefritis albuminosa crónica puede variar de muchos meses á muchos años. (Rayer.) Para establecer bien la duración de una enfermedad, es preciso poder fijar la invasión de una manera precisa, lo que muy á menudo es imposible hacer en la enfermedad de Bright. Se ha visto á esta afección durar hasta diez años. (Roberts.)

No siempre es fatal la terminación en la *forma crónica*; pero los casos de curación son muy raros. En las observaciones de nefritis albuminosa crónica no complicada, referidas por Rayer, solo se encuentran tres curaciones en ocho enfermos; pero los casos de esta especie son los más favorables, y si se examinan los demás, se ve que la muerte ha sido casi constante en ellos.

Muchas veces ha sucedido que después de haber observado una completa curación, y habiendo desaparecido la alteración de la orina y la hidropesía, se ha visto que la enfermedad se reproduce con nueva intensidad; estas son verdaderas *recidivas*. Los sujetos atacados una vez de esta afección, á no ser que sea después de la escarlatina, parece están todavía predispuestos á contraerla: así, pues, se los ve *recaer*, para servirme de una expresión usada, desde el momento en que se exponen de nuevo á la acción de las causas que han determinado el primer ataque de su mal.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—El diagnóstico *directo* se apoya en el exámen de las

orinas y en la consideración de las circunstancias relativas á las diversas hidropesías, cuyos detalles han sido suficientemente desenvueltos en el artículo anterior.

Se distinguirá la enfermedad de Bright de la albuminuria temporal en general en que esta es consecutiva á una enfermedad febril ó inflamatoria, y rara vez va acompañada de hidropesía, no manifestando las orinas sino pequeñas cantidades de albúmina, y persistiendo ó disminuyendo muy poco la cantidad normal de urea.

La verdadera dificultad del diagnóstico consiste en distinguir los casos curables de los que no tienen remedio, el precisar el grado de alteración anatómica, y el reconocer la enfermedad cuando está oculta por manifestaciones inflamatorias ó por accidentes cerebrales, (uremia).

El límite de la nefritis albuminosa simple temporal, es muy difícil de marcar. Rara vez se tendrá necesidad al principio, cuando la albuminuria se presenta en el curso de una enfermedad crónica ó empieza insidiosamente. Cuando la invasión ha sido aguda, el tiempo que se pasa después de la desaparición de los síntomas febriles, sin que haya notable disminución en las proporciones de la albúmina encontrada, es un elemento de los más importantes. Mientras que no se encuentra en la orina sino moléculas hialinas ó epiteliales sin alteración grasosa, sobre todo si estos restos son poco numerosos, no se debe asegurar que la enfermedad está confirmada. Luego que disminuyen visiblemente dichos brumos se ha verificado un retroceso dichoso de la nefritis. En el caso contrario, si la cantidad de albúmina no disminuye, si las moléculas grasosas aparecen, se debe pensar en una enfermedad de Bright definitivamente establecida. No se confundirán las exacerbaciones que se pueden presentar en el curso de toda enfermedad febril, con los signos agudos del principio de una nefritis albuminosa. Los restos renales en la orina esclarecerán suficientemente este punto: pueden encerrar moléculas hialinas y de sangre, pero en ellos se verán también moléculas de grasa.

Los mismos productos renales en los depósitos urinarios, y la consideración de las causas demostrarán el grado de alteración del riñón que tiene el paciente.

Luego que una complicación grave inflamatoria, marca la enfermedad de Bright, se la encontrará en la historia de los antecedentes del enfermo, en los indicios de hidropesía, y en el exámen de la orina. Si estos datos son insuficientes, no se podrá asegurar que exista la enfermedad sino siguiéndola en su curso ulterior. Esto es también lo que tendrá lugar cuando los accidentes hurémicos aparezcan desde el principio, ó bien cuando en una época más avanzada, ocuparan por su desenvolvimiento todo el aparato morboso.

La ausencia de moléculas en la orina no debe autorizar jamás á negar la existencia de la enfermedad de Bright.

Pronóstico.—Es siempre grave. Sin embargo, nosotros hemos vis-

to que el parénquima renal no se afecta sino parcialmente, hasta en los grados avanzados de la enfermedad. Por lo demás, los desórdenes de primer grado no son por sí mismos irremisibles. Los conductillos y glomérulos que quedan sanos, si la enfermedad se detiene al principio, podrían vastar á la escrecion de la orina; por consiguiente, la terminacion mortal no es en absoluto constante. Se cuentan curaciones.

Desgraciadamente el pronóstico es agravado por la frecuencia de las complicaciones que surgen durante el curso de la enfermedad de Bright, y que son, por sí solas, tan frecuentemente causa de muerte como el desórden renal. Resulta de esto que el pronóstico es casi siempre desgraciado cuando la afeccion *brightica* tiene su asiento sobre un individuo caquéctico ó con algun vicio constitucional.

§ VII.—Tratamiento.

1.º **Estado agudo.**—*Emissiones sanguineas.*—Los autores aconsejan las emisiones sanguineas en los casos en que hay cierto movimiento febril. Christison recomienda expresamente emplearlas, y, en general, en este período de la enfermedad, al hacer ó practicar la sangría es menester exponerse, mas bien á traspasar que á quedarse mas acá de los límites á que parece necesario llegar (Rayer).

Por lo comun se recurre principalmente á la sangría general. Las *ventosas escarificadas*, en mayor ó menor número aplicadas sobre los lomos, ó las *sanguijuelas*, pueden ser aplicadas concurriendo con la sangría, ó bien éllas exclusivamente en los sugetos débiles, y en los niños. Vamos á tratar de estos medios.

A continuacion de la sangría se ponen en uso las *bebidas atemperantes*, á las cuales se añade una cierta cantidad de *nitro* para hacerlas diuréticas, por ejemplo, la siguiente:

La infusion de malva..... 1000 gram.—De nitrato de potasa... 1sr, 50

No se debe de impedir á los enfermos que padecen hidropesía el que beban, como se ha dicho en cierta época.

En esta forma aguda de la enfermedad no se han recomendado los diuréticos muy activos y dados á grandes dosis como en la crónica, acerca de la cual tendremos que entrar en algunos pormenores.

Todos los autores aconsejan los *purgantes suaves*, entre los cuales se puede prescribir el siguiente:

R. Agua de achicorias... 100 gram. | Jarabe de espinoserval... 60 gram.
Sulfato de magnesia... 15 gram.
Se toma en dos veces.

Tambien se da en igual caso el *aceite de ricino*, á la dosis de 30 á 40 gramos.

«Dice Rayer que se administrarán con preferencia los purgantes mas enérgicos, tales como la *raiz de jalapa* y la *gutagamba*, cuando

la hidropesía es muy considerable, y cuando ha sido muy poco modificada por la sangría. Tambien se deberá dar estos purgantes al mismo tiempo que se hacen emisiones sanguineas, en los casos en que la enfermedad se anuncia con mucha gravedad, y cuando amenazan síntomas cerebrales.» Estos medicamentos pueden prescribirse de la manera siguiente:

R. Jalapa..... 1,50 gram.—Cocimiento de achicorias... 130 gram.

Mézclese. Se toma en tres veces con media hora de intervalo, pero se suspenderá la tercera toma si las dos primeras producen suficiente número de evacuaciones.

Para los niños se dará la jalapa á la dosis de 50 á 75 centigramos en 15 gramos de jarabe de altea, igualmente en tres veces, y observando las mismas precauciones.

En cuanto á la *gutagamba*, basta administrar las *pildoras de Boninius*, cuya fórmula he dado al tratar de la *ascitis*, las que contienen esta sustancia.

La mayor parte de los autores recomiendan igualmente tomar un *baño simple* por la noche. Rayer insiste en que se tome el baño cerca de la cama, para que el enfermo no se esponga á enfriarse.

Tambien se prescriben con el objeto de excitar la traspiracion los *baños de vapor*, ó bien las *fumigaciones con las bayas de enebro*. Estas últimas pueden hacerse introduciendo suficiente cantidad de bayas en un calentador que contenga unas ascuas, y calentando con él la cama del enfermo, ó lo que aun es mejor, haciendo evaporar las bayas en un hornillo, y dirigiendo el vapor á la cama por medio de un tubo de hoja de lata.

«Dice Rayer, que se ha ocupado del tratamiento de la forma aguda con mas exactitud que los demás autores, que cuando son muy notables los síntomas gástricos ó intestinales, y en particular los vómitos y la diarrea, entonces aprovechan los *baños tibios*, las *sanguijuelas al ano* y el *opio á cortas dosis*.» Apenas se puede suscitar dudas acerca de la exactitud de esta asercion, pero tampoco se puede adoptar la opinion de este autor cuando añade: «Siempre que los enfermos se quejan de disnea ó de opresion despues de la sangría, son preferibles los purgantes.» Para demostrar la verdad de esta proposicion hubiera sido preciso buscar las pruebas en observaciones bien decisivas, lo cual no se ha hecho todavía. Si hago esta reflexion, es porque es difícil creer, cuando se recuerda el efecto de los narcóticos sobre las funciones respiratorias, que los purgantes sean mas eficaces que el opio para calmar la disnea. Sin embargo, seria necesario ceder á la experiencia si esta lo hubiese realmente acreditado.

La persuasion en que se está en que el frio, y sobre todo el frio húmedo, es una de las causas mas poderosas de la enfermedad de que se trata, ha tenido por resultado natural el recomendar todos los autores que se sustraiga con el mayor cuidado á los enfermos de estos