12795

1899

Estudio clínico

de la

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Albuminuria gravídica

Tésis presentada por el alumno Manuel J. Velaocha-ga para optar el grado de Bachiller en Medicina

Lima, 1899

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

Señor Decano

Señores Catedráticos.

El estado puerperal determina en la mujer embarazada trastornos de la secreción renal, y entre estos trastornos hay uno de gran importancia, que domina la patología entera del embarazo y merece un exámen profundo, por su frecuencia, gravedad é influencia patogénica ó predisponente en la eclampsia, parálisis, desarreglos vasculares, aborto ó parto prematuro y complicaciones septicémicas. Me refiero á la **albuminuria gravídica**, punto que he escogido como tema para el estudio clínico que, conforme á las prescripciones reglamentarias, debo presentar á la aceptación de mis respetados maestros, á fin de alcanzar el primer grado académico de esta Facultad, y en cuyo desarrollo me he esforzado por corresponder en lo posible á la ilustración y competencia de este docto cuerpo, y por manifestar que no han sido infructuosas las sabias lecciones reci

bidas en la cátedra y la clínica hospitalaria, que me han permitido hacer acopio de doctrina y casos prácticos para tratar de la materia en cuestión.

Al hacerlo, he procurado, á la vez que ser conciso, no pasar por alto puntos de capital importancia que el estudio de dicho sindroma clínico presenta, estudio que divido en ocho capítulos principales.

En el primero me ocupo de lo que debe entenderse por albuminuria en el estado puerperal y de las variedades que esta albuminuria presenta, según el período en que aparece, especificando lo que debe entenderse por albuminuria gravídica para no confundirla con la albuminuria del trabajo, del puerperio, con la anterior á la gestación ni con la albuminuria transitoria. En seguida hago un ligero bosquejo histórico de los principales trabajos que sobre la materia se han escrito y de las discusiones que sobre su etiología se han suscitado, defino la albuminuria gravídica y paso á ocuparme de su frecuencia, indicando las condiciones tanto generales como especiales, que favorecen su desarrollo, haciendo un estudio

comparativo de las estadísticas que al respecto ofrecen los tratadistas y de la que he procurado formar en nuestra Maternidad.

En el capítulo segundo estudio la patogenia de la albuminuria gravídica, haciendo un ligero resúmen de las principales teorías emitidas hasta el día, á fin de explicar su causa etiológica, manifestando que todas ellas son susceptibles de objeciones y sintiendo no poder decir nada nuevo sobre este punto, desgraciadamente muy oscuro.

En el tercer capítulo expongo las lesiones anatómicas que la albuminuria determina en el parénquima renal, haciendo ver la diferencia que presentan estas lesiones según la mayor ó menor gravedad con que este síndroma clínico aparece, y terminando indicando las lesiones halladas sobre la placenta en las mugeres albuminúricas.

El análisis cualitativo y cuantitativo de la albúmina es el tema del cuarto capítulo, en el que indico los principales métodos de investigación de que disponemos, dando mi opinión sobre el que me parece ser más clínico

El quinto capítulo comprende el estudio de su sintomatología, de sus variedades clínicas, de su marcha y de su terminación.

En el sexto capítulo trato de su diagnóstico, haciendo hincapié en las diferencias que el edema albuminúrico ofrece respecto del que proviene de una causa mecánica ó de otra cualquiera.

Su pronóstico es el tema del séptimo capítulo, y al estudiarlo, sindico su gravedad, tanto para la madre como para el feto, y las complicaciones que acompañan á este síndroma clínico, terminando este capítulo con ligeras consideraciones sobre la significación que la albuminuria gravídica tiene respecto á la posibilidad de la eclampsia.

En el último capítulo entro en algunas reflexiones sobre el tratamiento de este síndroma clínico, haciendo un detenido examen de los tratamientos profiláctico, médico y obstétrico, indicando sus ventajas, sus inconvenientes, sus indicaciones y contra-indicaciones, dando la preferencia al régimen

lácteo absoluto y defendiendo esta predilección con el éxito alcanzado en siete historias clínicas recogidas en nuestra maternidad; concluyendo este estudio con algunas palabras referentes á la condición en que queda la mujer albuminúrica con respecto á la lactancia.

Capítulo Primero.

Por albuminuria del estado puerperal debe entenderse un trastorno de la secreción renal, caracterizado por la presencia de albúmina en la orina, siempre que se trate de una albuminuria verdadera y no de una seudo-albuminuria, es decir, que la albúmina hallada en la orina debe provenir del riñón mismo y no de la contaminación de la orina segregada normalmente, por líquidos albuminosos (sangre ó pus) á su paso por las vías de excreción: uréter, vejiga ó uretra, estando sana la glándula renal. Es por éste que siempre que se quiera estar

seguro de si la orina contiene verdadera
mente albúmina y no proviene ésta
de su mezcla con sustancias albu
minosas en el momento de la micción,
se debe recibir la orina con una son
da perfectamente aséptica, y ésto des
pués de haber hecho un lavado vulvar
y una inyección vaginal.

La albuminuria puede apa
recer en los diferentes periodos del esta
do puerperal, esto es, durante el emba
razo, durante el parto y durante el
puerperio. La que aparece durante
el embarazo reconoce dos orígenes dis
tintos. Ya es antigua y anterior á la
fecundación y causada por un enfria
miento, el paludismo, la escarlatina ó
trastornos vasculares de orígen car
diaco que determinan una nefritis
que puede agravarse con el gravi
dismo y pasar á la categoría del
nial de Bright. El gravidismo puede
tambien no ejercer acción nociva
sobre esta lesión renal. Ya aparece
la albuminuria en el curso de la
gestación y bajo su influencia directa,
agravándose á medida que se acerca
el término, avanzando paralelamente

al embarazo, para desaparecer rapidamente después del alumbramiento.

De modo, pues, que la albuminuria durante el embarazo comprende: la albuminuria anterior á la fecundación y que continúa evolucionando durante el embarazo, y la albuminuria gravídica, tema especial de este estudio.

Es preciso tener en cuenta la posibilidad de presentarse en la mujer embarazada una albuminuria llamada transitoria, que se desarrolla tambien en el hombre y que consiste en que pasa á la orina cierta cantidad de albúmina, lo que se observa en algunos sujetos despues de haber absorvido gran cantidad de huevos no cocidos ó despues de haberse entregado á un trabajo muscular considerable ó sufrido grandes fatigas. Esta albuminuria dúra algunas horas, á lo más algunos días.

Sin gran trabajo se comprende la posibilidad de un error de diagnóstico al tomar por albuminuria gravídica una albuminuria transitoria, y es éste uno de los motivos

por los que se debe hacer repetidos análisis
de la orina de una mujer embarazada.

La existencia de la albuminu-
ria gravídica había pasado descono-
cida por los antiguos médicos, que ántes
del descubrimiento de Cotugno, en 1770,
ignoraban la presencia posible de
la albúmina en la orina, y ántes
del de Ricardo Bright, en 1827, desco-
nocían las relaciones que existen en-
tre esta enfermedad y el anasarca.
La comprobación hecha en 1818 por
Blackhall de la orina coagulable
en el embarazo, coexistiendo con el
edema, había quedado como un hecho
aislado. Rayer, en 1840, tuvo el mérito
de fijar la atención de los médicos
sobre esta relación importante, y si
Blackhall y Martín Solon habían
indicado ántes que él la presencia
de la albúmina en las mugeres
embarazadas ó que ya habían dado
á luz, el hecho había sido conside-
rado como accidental y su valor
permaneció desconocido: fué Rayer
el primero que demostró las rela-
ciones de dependencia que existen
entre la albuminuria y el gravidismo,

señalando su frecuencia relativa y su influjo en la salud de la madre y desarrollo regular del feto. Se puede decir que el capítulo que Rayer consagra á las néfritis albuminosas en las mujeres embarazadas, en su obra titulada Tratado de las enfermedades de los riñones, ha sido el punto de partida de los numerosos é importantes trabajos que han tratado de dar luz sobre esta cuestión que desgraciadamente está aún muy oscura.

Rayer no sólo precisa el diagnóstico de la albuminuria y trata de que no se la confunda con la mezcla á la orina de líquidos albuminosos procedentes de la vagina, sino que trata de determinar las circunstancias que, durante la gestación, pueden ocasionar la albuminuria (compresión de las venas emulgentes por el útero grávido, congestión renal, etc.).

Desde las publicaciones de Rayer los trabajos se han multiplicado. Tocólogos, médicos, anatomo-patologistas, han estudiado la albuminuria de las mujeres en

barazadas y se encuentra en la tésis de L. Dumas la exposición de los más importantes trabajos que sobre la materia se han escrito.

Mucho se ha discutido y se discute dún la causa de la albuminuria gravídica. Rayer admitía una verdadera lesión de los riñones, una nefritis albuminosa y las autopsias practicadas por Becquerel, Simpson y Cahen le daban la razón. Hácia la misma época, en 1843, Lever indicó la presencia de la eclampsia en las gestantes afectadas de albuminuria y describió separadamente la forma que depende del embarazo y la que resulta del parto, de modo, pues, que para Rayer la lesión renal era primitiva y si la albúmina pasaba á la orina era por esa lesión renal, cuya naturaleza histológica quedaba por averiguar.

En 1849, Blot presentó su tésis, que determinó una redacción contra estas ideas. En concepto de Blot, todas las albuminúricas no son eclámpticas y la albuminuria gravídica debe distinguirse de la nefritis

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

albuminosa porque existe sin lesiones materiales y cura con rapidez. Elliot son había igualmente indicado casos de albuminuria con hidropesía, desarrollados durante la gestación, y que desaparecieron para siempre después del parto. Como se vé, semejante final se distingue notablemente del de la marcha habitual de los accidentes en la nefritis, y parecería imposible creer en la existencia de las enfermedad de Bright. Por esta razón se trató en aquella época de buscar otra explicación, y desde entónces alrededor de este problema se encuentran concentrados la mayor parte de los trabajos publicados hasta el dia. Se ha apelado sucesivamente para explicar la filtración de la albúmina, á la compresión de las venas emulgentes ó de los uréteres por el útero gravido, al exceso de presión intra-abdominal, á la anemia del riñón por compresión de sus arterias ó por el espasmo de sus vasos, á las modificaciones que experimenta la sangre bajo la influencia de la gesta

ción, á su empobrecimiento ó bien á la hiper_albuminósis, á la insuficiencia de la depuración ordinaria, y finalmente, en tiempos recientes, á la intervención posible de agentes infecciosos. Me ocuparé de todas estas teóricas al hablar de la patogenia.

La opinión que reconoce á la vez que un trastorno en el funcionamiento normal del riñón, una alteración de su parénquima, ha tenido siempre á su favor un gran número de partidarios, pero éstos han discrepado respecto á la naturaleza de dicha alteración. Así, unos admiten un mal de Bright puerperal, otros, como Leyden, describen una lesión especial pero distinta de la nefritis, que será la infiltración grasosa del epitelio secretor. Pero en obsequio á la verdad diré que si bien es cierto que hay casos en que se encuentra el riñón gravídico de Leyden, hay otros, si bien más raros, en que se hallan las lesiones de nefritis agudas, y otros, en fin, en que, á pesar del más minucioso examen, no se halla nin

guna lesión.

Bajo el nombre de albuminuria gravídica se designa la albuminuria que aparece en la mujer en cinta, sin que se pueda, para explicar su origen, encontrar otra causa que el embarazo mismo y las modificaciones que él imprime al organismo materno. Tiene como característica esta albuminuria que casi siempre, una vez producida, persiste hasta el fin de la gestación, con lesión del riñón ó sin ella, y desaparece por lo general algunas horas ó algunos días después del parto. Es, pues, racional considerarla como exclusivamente ocasionada por el embarazo, y por éste se le llama gravídica.

Respecto á su frecuencia, me atrevo á decir que no creo exacta la opinión de Behm, que la miraba como un fenómeno que existe en toda mujer en cinta, ni la de Barker, que la consideraba como una de las complicaciones más habituales de la gestación, ni aun la de Hipólito de Sitymann, quien decía que durante el embarazo, de cin

co mugeres, una era albuminúrica.

Son numerosísimas las estadísticas que para apreciar este grado de frecuencia se han formado, pero todas ellas adolecen de poca exactitud, y la razón de este defecto es que hay muchas mugeres que sólo son albuminúricas en el trabajo, no habiéndolo sido durante el embarazo, y los autores, no habiendo tenido en cuenta esta circunstancia, las han considerado como afectadas de albuminuria gravídica.

Tomando una proporción media de las cifras citadas por las diversas estadísticas, llegamos á la de un caso de albuminuria por 17 mugeres embarazadas, lo que arroja un cinco ó seis por ciento, cifra que adoptamos porque parece aproximarse á la realidad.

En la Maternidad he establecido su grado de frecuencia examinando á toda gestante que ha ingresado al servicio, bajo el punto de vista de la existencia ó ausencia de albúmina en la orina, y así he llegado al siguiente resul

tado, del 1.º de Junio del presente año, en que ingresé al servicio, al 28 de Agosto último, la cifra de entradas fue 164 y entre las que hubo 7 albuminúricas, lo que corresponde á un cinco por ciento. Como se vé, esta cifra no difiere gran cosa de las estadísticas que hallamos en los autores.

Esta proporción resulta considerando á las gestantes en masa, pero si se examina sus condiciones especiales, se vé que algunas circunstancias, como la edad, la primiparidad, la época del embarazo, la estación, la herencia, el estado constitucional, la raza, etc. tienen una influencia preponderante sobre la aparición del síntoma.

La albuminuria es tanto más frecuente cuanto menor es la edad; pero esta preponderencia en la menor edad es debida tambien á que es ésta la edad frecuente del primer parto, pues es notable la influencia que en la aparición de este síntoma tiene la primiparidad, hasta el punto de que las primíparas de edad avanzada, son, no obs-

tante ésta, frecuentemente albuminúricas.

Considerando las 164 embarazadas ingresadas á mi servicio durante el tiempo ya indicado, bajo el punto de vista de la edad y de la primiparidad, con relación á las siete albuminúricas halladas, he llegado á formar el siguiente cuadro:

Edad.	Número de gestantes.	Estado de primiparidad ó multiparidad de las albuminúricas halladas.	Número albuminúrico.
De 12 á 15 años	2		0
„ 15 á 20 „	41	primíparas.	3
„ 20 „ 25 „	56	id.	1
„ 25 „ 30 „	35	multíparas	1
„ 30 „ 35 „	21	primíparas	1
„ 35 „ 40 „	6	id.	1
„ 40 „ 45 „	3	—	0

Como se vé, este cuadro está en conformidad con las proporciones ya citadas.

El estado de pluralidad no pone á las gestantes á cubierto de la albuminuria. Así, Hermann observó un caso en el décimo embarazo. Soviot en el duodécimo y Vinay en el 12.° y 14.° y yo he tenido ocasión de encontrarlo en el sexto.

La albuminuria, para en los prime
ros meses del embarazo, se hace más fre
cuente á partir del sexto mes y sobre todo
en los dos últimos. A veces sólo apare
ce en el último mes ó durante el trabajo
y en este último caso ya no es gra
vídica; no obstante hay casos de albu
minuria precoz en el 3º, 4º y 5º mes, casi
nunca ántes del tercero.

Se observa de preferencia la
albuminuria en los meses rigurosos de
invierno; la influencia del frío, y so bre
todo del frío húmedo, es manifiesta.

Es preciso no dejar pasar de
sapercibida la influencia de la heren
cia, pues no es raro hallar en la
misma familia dos ó tres hermanas pade
ciendo de albuminuria gravídica, ó
madre é hija, como en el caso observa
do por Rivemont-Dessaignes en la
Maternidad de Beaujon, en que se
trataba de una primípara albumi
núrica y eclámptica, cuya madre había
estado afectada también en su prime
ra gestación de albuminuria y eclamp
sia.

El estado constitucional tam
bien influye como causa predisponen

te, así las rubias, de tejidos pálidos y temperamento linfático son más frecuentemente albuminúricas que las morenas.

El embarazo gemelar y el hidramnios, por el exagerado volúmen que en ellos alcanza el útero, favorecen la albuminuria. También es frecuente ésta en las mujeres que antes de la concepción han sufrido una enfermedad aguda febril, como la erisipela, la escarlatina, la fiebre tifoidea, etc.

Se ha dicho que el raquitismo es causa predisponente de la albuminuria gravídica; pero si ésto es cierto, no lo es la explicación que se le ha querido dar. Se ha dicho que resulta de la compresión de la base del útero, mal colocado en un esqueleto mal conformado; pero parece que la causa que la produce sea más compleja y hoy se tiende á explicarla así: el raquitismo del tronco dificulta la circulación de la arteria pulmonar y secundariamente produce una dilatación del corazón derecho y como consecuencia de ella, congestiones

viscerales múltiples, y si ésto pasa en el estado de vacuidad del útero, con más razón en el embarazo, en que la masa de sangre ha aumentado, es decir que entónces, á la congestión renal propia del raquitismo se agrega la del embarazo y de este estado congestivo del riñón resulta la albuminuria.

Capitulo Segundo.- Patogenia.

Para explicar la aparición de la albuminuria gravídica se han ideado teorías tanto más numerosas cuanto que el asunto era más oscuro y se han sostenido con ardor igual á la menor solidez de los argumentos en que se apoyaban.

Las principales teorías emitidas pueden reducirse á las cuatro siguientes:

1ª Teoría Discrásica, que atribuye la albuminuria gravídica á las condiciones químicas de la sangre.

La 2ª teoría la atribuye á las modificaciones de la presión vascular.

La 3ª teoría busca su causa en las alteraciones histológicas del riñón;

y la 4ª en la infección microbiana.

Primera teoría. Discrásica.

Los partidarios de esta teoría explican la albuminuria por las condiciones químicas en que el embarazo coloca á la masa sanguínea. Unánimemente se acepta que esta masa aumenta en el gravidismo; pero si están acordes las opiniones á este respecto, no sucede así en cuanto al aumento relativo de sus diversos elementos. Así Andral y Gavarret dicen que los glóbulos blancos aumentan al mismo tiempo que disminuyen los rojos y baja la albúmina de 70.5, cifra normal, á 60 y la fibrina sube de 3 por 1,000 á 4.8 por mil y explican la albuminuria por esta modificación en la constitución de la sangre, que hace aumentar el agua y sales y disminuyan los glóbulos rojos, es decir por hidremia; explicación enteramente opuesta á los resultados de las investigaciones de Spiegelberg y Gochleiden, de Ingerslew, Schröder y Fehling, quienes han constatado el aumento de la masa sanguínea y

Por los análisis espectrales y numeración de los glóbulos rojos han llegado á demostrar que el empobrecimiento de la sangre en glóbulos rojos es la excepción, mientras que lo general es que el número de glóbulos rojos aumente con el aumento del líquido en circulación, de donde resulta que no puede haber hidremia ni menos referir á ella la albuminuria del gravidismo.

No es la hidremia la única modificación en la constitución de la sangre á la que se ha atribuido la albuminuria, sino que hay otras dos opiniones: la de Gubler, que la explica por una super-albuminósis, y la que la atribuye á un exceso de ácido carbónico en la sangre. Voy á discutir estas dos teorías.

Gubler, fundándose en la experiencia de Claudio Bernard, que hacía albuminúrica la orina de un animal inyectando en una de sus venas una solución de sangre ó suero, y en la posibilidad de producir en el mismo una albuminuria artificial por una alimentación

exclusivamente albuminosa, omite su opinión de la super- albuminósis de la gestación y la explica de la siguiente manera. En el gravidismo, el organismo materno tiene que producir una excesiva cantidad de albúmina para satisfacer no sólo sus necesidades sino tambien las del feto, al que tiene que preparle los materiales para su nutrición bajo una forma soluble, y al mismo tiempo hay un retardo en la eliminación, puesto que en el embarazo, al decir del autor, la albúmina disminuye ménos que los glóbulos. Sucede, pues, ó que la madre produce demasiada albúmina ó que el feto no consume lo bastante, de donde resulta un exceso de albúmina en la sangre de la madre y de aquí una superalbuminósis seguida de la eliminación de albúmina por la orina, es decir, de albuminuria.

Esta teoría es susceptible de objeciones, y entre éstas la más capital es que no se funda en ninguna investigación precisa, en

ningún exámen, en ningún análisis y diré con Vina y que no es sino una concepción cerebral, creada para defender una causa hipotética. Además, al ser cierto, la albuminuria gravídica no tendría porqué ser tan poco frecuente ni desaparecer, como sucede generalmente, con tanta rápidez, después del alumbramiento.

Al exceso de ácido carbónico en la sangre de la mujer embarazada refieren ciertos autores el origen de la albuminuria. Para defender su teoría dicen que la mujer en cinta, hácia el fin de la gestación, respira por dos, que hácia la misma época, por el gran volúmen del útero y el rechazo consecutivo del diafragma, la capacidad toráxica se halla disminuida y los cambios respiratorios pierden su regularidad, el ácido carbónico no se elimina, sino que por el contrario se acumula en la sangre y por su exceso ocasiona la albuminuria. Fácilmente se ve que esta teoría, como la de Gubler, no tiene base científica y sólo puede aceptarse como hipótesis.

De la exposición hecha se deduce que si es cierto que la discrasia sanguínea existe en el embarazo, ella no puede determinar la albuminuria y que si la hidrohemia existe en algunas gestantes, explicará en ellas la existencia de los edemas, pero no la de las alteraciones glomerulares y epiteliales del riñón gravídico.

Segunda Teoría.

Según ésta, la causa etiológica de la albuminuria gravídica estaría en el aumento de la presión sanguínea y en atención á que este aumento puede recaer sobre todo el sistema vascular ó sólo sobre los vasos arteriales ó venosos, resultan tres puntos de vista bajo los que se le debe mirar.

Las experiencias de Andral y Gavarret, de Beguerel y de Robin admiten que en el embarazo hay plétora serosa, y á causa de dicha plétora, aumento de la presión sanguínea. Peter acepta esta explicación y dice que entónces trasudan fácilmente los elementos solubles y entre ellos la serina, ocasionando así la seromuria, que es lo que constituye la albuminuria. En apo

yo de su opinión, dice Teter: de la misma manera que para las necesidades de la hematósis y hematoprojésis, la mujer embarazada hace hematósis y hematoprojésis hepática para los dos, de la misma manera hace, uroprojésis para los dos, pues miéntras que en el estado normal una muger elimina por sus orinas 22 á 24 gramos de urea en 24 horas, Guinguaud ha demostrado que en el gravidismo elimina 30 á 38 gramos. Si elimina más urea, debe tener el riñón un trabajo excretor más considerable, debe atravesar más sangre el filtro renal, ha de haber hipere mia funcional, y al haberla, hay más presión vascular y por lo tanto filtración mayor de productos solubles y de allí albuminuria.

Otros partidarios de esta teoría consideran como causa de la albuminuria el aumento del flujo de sangre arterial.

Este aumento de la presión arterial lo explican de diversos modos: unos dicen que es debida á que el riñón se halla en el trayecto de la sangre que va al útero, cuya circulación en

el embarazo se halla activada; otros la atribuyen á la compresión de la aorta debajo del nacimiento de las arterias renales, compresión ejercida por el útero, y estos últimos apoyan su opinión en la mayor frecuencia de la albuminuria en las primíparas, al fin de la gestación, en el embarazo gemelar, condiciones que permiten más facilmente esta compresión y su rareza en los cuadrúpedos. Esta teoría ha sido refutada por experiencias que se han hecho comprimiendo la aorta debajo de la emergencia de las arterias renales, en las que si es cierto que á veces se ha conseguido producir una albuminuria ligera, otras veces no se ha conseguido nada y en otras se le ha visto producirse, disminuyendo la presión en las arterias.

Hay un tercer grupo de autores que aceptan las modificaciones de la presión de la sangre en las venas como la única causa de la albuminuria gravídica. Estos autores se fundan en los experimentos que se han hecho en animales, ligando las venas renales, lo que ha determinado

en ellos la albuminuria, y dicen que en el gravidismo el efecto de la ligadura es producido por la compresión que sobre dichas venas ejerce el útero grávido. Este modo de considerar esta teoría adolece como los dos anteriores de falta de exactitud, pues si es cierto que así se explicaría la albuminuria de los últimos meses, no podría explicarse la que aparece en los primeros meses, en que el fondo del útero no ha llegado aun al nivel de las venas renales. Esto está además en oposición con las investigaciones hechas mediante las autopsias de mujeres muertas accidentalmente al fin del embarazo, en las que nunca se ha hallado tal compresión. Aún suponiendo ésta posible, sólo se podría admitir la compresión de la vena emulgente izquierda, que es más larga que la derecha y pasa delante de la aorta y de la columna vertebral, pero nunca la de la derecha, y los partidarios de esta teoría no hacen ningún distingo sino que dicen que la compresión se hace uniformemente en ambos lados. A mayor abundamiento, podemos agregar que á ser ciertos

to éxtasis venoso que esta compresión originaría, deberían presentarse en el gravidismo frecuentes hematurias y precisamente ellas son excepcionales y por fin, en las autópsias no se ha hallado en los riñones la hemorragia intersticial que debía hallarse al haber obstáculo á la circulación venosa.

Del estudio hecho de los tres puntos de esta teoría podemos deducir: que el exceso de presión que se desarrolla en la cavidad abdominal, presión evaluada por Polaillon en lo equivalente á una columna de mercurio de un centímetro cúbico, representa un papel importante en la patogenia de la albuminuria gravídica; pero á condición de que esta presión se ejerza sobre la circulación en general y no sólo sobre los vasos arteriales ó venosos. Esta presión intra-abdominal determina una isquemia del riñón, comprobada en la autopsia de las albuminúricas que sucumben en el parto ó en el embarazo, en las que se halla el riñón anémico y grasoso. Esta isquemia renal dificulta el paso de la

orina por los uréteres, los que son com
primidos por esta gran tensión intra
abdominal y por las partes fetales,
al nivel del estrecho superior. Esto últ
timo explicaría la mayor frecuencia
de la albuminuria en las primípa
ras, cuyas paredes abdominales pier
den luego su resistencia con el núme
ro de partos. Del mismo modo se
puede explicar su frecuencia en el
hidramnios, embarazos múltiples ó tu
mores abdominales concomitantes con
la gestación.

Este exceso de presión, obran
do á la vez sobre la circulación san
guínea y sobre la excreción urinaria,
representa, pues, un papel predispo
nente, tanto en los casos ligeros como
cuando es intensa y sólo aparece
durante el último mes, no pudién
dose negar en este último caso su
acción directa y casi exclusiva.

Según la Tercera Teoría, será de
bida la albuminuria á las altera
ciones histológicas del riñón.

Dice Virchow que se observa
en el riñón de una gestante una in
filtración parenquimatosa, debida

al agregado de una masa nuclear turbia en el interior de las células glandulares, lo que hace que el riñón se ponga más grueso, aumente de consistencia y se desprenda facilmente de su cápsula. Esta esteátosis es realmente debida á la gestación, pues aumenta á medida que se acerca la época del parto, para desaparecer después del alumbramiento. Es evidente que esta infiltración es incapaz de producir por sí sóla la albuminuria, pero no lo es para poner al riñón en condiciones propicias para ser más susceptible á las causas que trastornan en este estado la secreción renal; á veces concurren á este objeto las causas comunes de nefritis, como son un enfriamiento, una angina, etc.; pero á la acción de estas causas se agrega la del embarazo, puesto que ese enfriamiento, angina, etc. hubieran pasado sin determinar ninguna lesión si el embarazo no hubiera venido infiltrando de grasa el epitelio de los tubos contorneados y de las ramas ascendentes de Henle á perturbar el funcionamiento del epitelio y á favorecer las retenciones de los productos excrementicios,

mediante el aumento de presión que se realiza en el interior del abdómen, del obstáculo que se opone al paso de la orina por el uréter á la llegada de la sangre arterial al riñón y á la salida de la sangre venosa.

Pero no siempre se halla en el riñón gravídico las lesiones señaladas por Virchow, pues en riñones de mujeres albuminúricas muertas durante los ataques de eclampsia no se han podido hallar, á pesar de las más minuciosas investigaciones, sino lesiones insignificantes que más bien pueden explicarse por el pasaje de la albúmina por el filtro renal, que considerarla como causa de dicha albuminuria. Ello tiene además en su favor lo difícil que se hace concebir la existencia de lesiones de nefritis en albuminúricas que se ven desaparecer rapidamente y curar sin recidivas.

De modo, pues, que esta teoría tampoco explica satisfactoriamente la existencia de la albuminuria.

Cuarta teoría. De la infección microbiana.

Muy pocos datos poseemos de la influencia que en la producción de la

albuminuria gravídica tienen los agentes microbióticos. Esta teoría data del año 1883, en que Doleris anunció haber hallado en la orina de las gestantes afectadas de intensa albuminuria un micro-organismo, que se presentaba ya bajo la forma de largas cadenas nodulares, compuestas de segmentos bacilares muy cortos, separados por granos ó série de granos muy refringentes, ó ya de aspecto exclusivamente moniliforme. Entre estas variedades hay formas intermedias.

Doleris, para asegurar el origen microbiano de la albuminuria, ha inoculado culturas hechas con este microbio en las venas yugulares de conejos, y con estas inoculaciones ha conseguido hacerlas albuminúricas, pero tan sólo por las 24 horas siguientes á la inyección.

Si las inoculaciones se hacen en séries á varios conejos, dice Doleris, se observa que estas culturas pierden poco á poco su virulencia.

Después de Doleris, Delore, E. Blanc, Fabre, Combemade y otros han hecho interesantes investigaciones, pero

sin llegar á un resultado definitivo. Debemos tener presente en las investigaciones hechas sobre este punto la posibilidad de tomar por micro-organismos determinantes de la albuminuria á muchos microbios encontrados en la orina de las mujeres embarazadas, provenientes de otras vías, como por ejemplo de ciertas cistitis, y la razón para creer que sea debida á esta última entidad patológica el micro-organismo encontrado, y no á la albuminuria, está en que no se halla dicho microbio en el parénquima renal, como debería suceder si se tratáse de lesiones de este órgano, como lo ha hecho ver muy bien Wyssokowitch. Lo expuesto no quiere decir que no existan nefritis microbianas, pues se han encontrado en casos de supuraciones, de fiebre tifoidea, de erisipela y de carbón sus agentes patógenos en los glomérulos del riñón; pero al exámen más minucioso de dicho parénquima en el estado grávido, con ó sin eclampsia, no se ha encontrado nada parecido.

Otro argumento que pone en

duda este origen microbiano, es que en las experiencias de Doleris no se ha producido ninguno de los síntomas propios de la albuminuria gravídica, la albuminuria ha desaparecido á las 24 horas, como ya queda dicho y no se han hallado en el parénquima renal sus lesiones características.

Como se vé, esta teoría no puede explicar tampoco la producción de la albuminuria, pues no da la razón de su mayor frecuencia en las primíparas, en los partos gemelos, etc.; sin embargo, es posible que, gracias á los adelantos que en la actualidad hace la Bacteriología, podríamos dentro de poco salir de las tinieblas en que fatalmente nos encontramos.

Además de las cuatro teorías que he discutido, se han emitido otras para explicar la etiología de la albuminuria como la que la atribuye á una autointoxicación ocasionada por una toxemia, la que la refiere á un obstáculo á la excreción de la orina y la que la explica mediante la reacción que ejerce el útero grávido sobre el riñón, por el intermedio de los filetes nerviosos que

sucan los plexos renal y uterino. Pero tan
to estas teorías como la que anteriormen
te he desarrollado, ligeramente, si tienen
pruebas en favor, mayor es el número
y valor de los argumentos en contra, des
de que no reposan sobre bases ciertas
sino hipotéticas, así que tendremos que
terminar este capítulo lamentando
no poder agregar nada nuevo sobre
un punto tan importante y deseando
no esté distante el día en que se pue
da afirmar de un modo preciso el
verdadero orígen de la albuminuria
gravídica.

Capitulo III. Anatomia Patológica.

Se ha discutido y se discu
te aún mucho sobre las lesiones que la
albuminuria gravídica determina
en el parénquima renal, y no podía
ser de otro modo, desde que estas le
siones no son bien definidas, pues los
riñones que han servido y sirven por lo
general para estudio, son de personas
afectadas de una albuminuria muy
grave é intensa y las lesiones halladas
no pueden compararse á las producidas

por una albuminuria ligera. A esta causa de error se agrega otra, que resulta de que, cuando una mujer albuminúrica se embaraza, ó que ya ha dado á luz, sucumbe á consecuencia de accidentes eclámpticos, las lesiones halladas en el parénquima renal son tomadas como producidas por la albuminuria gravídica, cuando por lo general son debidas á una nefritis crónica ó á una enfermedad de Bright anterior al embarazo.

'Estas lesiones anatómicas no son las mismas en todos los casos. 'En los benignos, en que la albuminuria sólo aparece en las últimas semanas y sólo se revela por la riqueza de la orina, que á su vez es concentrada, densa y fácil de precipitar los uratos, no pueden determinar en los riñones sino lesiones superficiales y pasajeras, ligadas á desarreglos vasculares, y en efecto, esta albuminuria desaparece rapidamente después del parto, volviendo el riñón á su funcionamiento normal. Estas lesiones sólo pueden suponerse, puesto que estos casi curan todos, más ó ménos pronto y no dán lugar á exámen histológico.'

No pasa lo mismo en aquellos casos en que la albúmina es abundantísima y va acompañada de edema de los miembros inferiores y hasta de anasarca que trastorna el parto y aun provoca la explosión de accidentes urémicos, pues en este caso la lesión renal es más acentuada y el síntoma más persistente.

En la autopsia se encuentra el riñón unas veces rojo y congestionado, otras, por el contrario, anémico, sobre todo en la sustancia cortical, la que contrasta por su color blanco amarillento con la coloración oscura de las pirámides.

La cápsula se desprende fácilmente y al examen microscópico se observa una esteatósis grasosa del epitelio de los tubos contorneados y del de las cápsulas de los glomérulos. La intensidad y extensión de esta esteatósis son muy variables.

Para examinar bien estas lesiones se hacen cortes recientes y se les trata por el ácido ósmico, evitando sumergirlos en el alcohol, en el que al cabo de cierto tiempo, perderían su exceso de grasa y se presentarían como

cortes de riñón normal.

La característica del riñón gra
sídico es su aspecto pálido, el color a
marillento de su sustancia cortical
y ésto explica hasta cierto punto los
trastornos funcionales, que dependen
de la anemia ó de la insuficiencia
de la irrigación sanguínea.

Por lo general, no hay ves
tigios de trabajo inflamatorio, no hay
proliferación ni del tejido conjuntivo
ni de los vasos, la cubierta endotélica
que tapiza la cara interna de la cáp
sula de Bowman es continua, los glo
mérulos están claros y el epitelio de
los tubos contorneados carece de pro
liferación y de escamación.

Son éstas las lesiones halladas
en el riñón en los casos de albuminuria
de mediana intensidad, que desaparece
poco después del alumbramiento y que
sólo pueden ser observadas en casos de muer
te accidental durante la gestación
ó en el trabajo.

En los casos de albuminuria
intensa, en que la paciente perece en
un ataque de eclampsia, el microsco
pio muestra una alteración variable

de los elementos epiteliales, los que presentan las lesiones de tumefacción turbia, con fusión de los cuerpos celulares. Los elementos epiteliales, multiplicándose, ensanchan la luz de los tubos uriníferos y contienen á veces fragmentos del protoplasma de las células, cuyos núcleos, cuando la nefritis es avanzada, pueden proliferar.

Esta degeneración gránulo-grasosa puede extenderse de los tubos contorneados á las células epiteliales que tapizan las ramas ascendentes de Henle; el tejido conjuntivo se halla engrosado no por proliferación celular sino más bien por una especie de edema que invade el tejido conjuntivo.

Podemos, pues, concluir que siempre que se trate de una albuminuria gravídica, deben hallarse en el parénquima renal lesiones que, si bien á veces son superficiales y no revisten los caracteres propios de las lesiones de las nefritis sino los de las degeneraciones, en otros casos se encuentran verdaderas lesiones de nefritis epitelial, y estos casos, ~~afortunadamente~~ son los más graves y son, felizmente, muy raros.

Resulta de lo dicho que la gestación puede determinar en el parénquima renal dos clases de lesiones: unas pasajeras y transitorias, que constituyen el riñón gravídico, y otras más profundas y tenaces, que en el puerperio pueden llegar á producir una verdadera nefritis crónica, la que puede llamarse nefritis gravídica.

Estas dos lesiones son de una naturaleza distinta, pues lo que, unidas en el primer caso, se trata de una degeneración, en el segundo de un proceso inflamatorio. No obstante la posible que la primera predisponga á la segunda. Este punto no está aun del todo resuelto; lo que sí se puede concluir es que las lesiones renales de la albuminuria son por lo general superficiales y más dañinas por su difusión á todo el riñón que por su extensión en profundidad y son también por lo general reparables, siempre que una á la que intercurrente de uremia no termine con la paciente.

La hemorragia uterina que frecuentemente se realiza en las albuminúricas, determina la formación de fo

cos hemorrágicos en el interior de la placenta, focos que fueron estudiados por primera vez en 1879 por Chantreuil; más tarde, Schling describió infartos blancos análogos á los que se encuentran en las mujeres sifilíticas.

Se acusa, pues, á la albuminuria del embarazo como productora de estas dos lesiones de la placenta: los focos hemorrágicos y los infartos blancos.

Los focos hemorrágicos tienen su asiento en el espesor de los cotiledones, su número varía de uno á diez ó quince (por término medio, cuatro ó cinco), y su extensión para vez pasa de cuatro á cinco centímetros; tienen una consistencia de gelatina de grosella y presentan una coloración negruzca cuando son recientes. Se ha descrito su decoloración progresiva y su trasformación en masas fibrinosas, constituyendo los núcleos blancos de infartos. Se ha interpretado de diferente manera el origen de estos infartos, pero sea como quiera, su aspecto es el de masas blanquecinas con relieve marcado, que tienen su asiento de preferencia sobre los bordes de la placenta y forman cuerpo

con las vellosidades, son poco numerosos y presentan un obstáculo insignificante á las cambios sanguíneos que se verifican en la placenta, se les encuentra en los casos de endometritis y sífilis, pero más frecuentemente, según investigaciones de Stehling, en los casos de albuminuria.

Capitulo IV.

El exámen de las orinas albuminúricas es el tema de este capítulo.

Es de suma importancia analizar la orina de toda gestante, á fin de evitar desalender la albuminuria, que si **bien** reconocida á tiempo, puede curarse y salvar á la gestante, ignorada, acabaría por provocar la explosión de la eclampsia y como consecuencia frecuente, la muerte de la paciente. Estas consideraciones nos inducen á estudiar en este capítulo los principales medios de que disponemos para hacer el análisis cualitativo y cuantitativo de la albúmina de la orina.

Este capítulo comprende varios

puntos, que voy á desarrollar de la manera más rápida posible.

(a) La orina de una gestante contiene albúmina?

(b). Caso de tener albúmina dicha orina, qué cantidad contiene?

(c) Cuál es la variedad de albúmina contenida en dicha orina?

(d) Cuáles son las otras modificaciones presentadas por ese

Primer punto. Lo primero que hay que hacer, es extraer la orina con sumo cuidado, á fin de evitar su contaminación con productos procedentes de la vía genital; pero como no siempre es posible usar una sonda, y otras veces, aun usándola, la orina extraída está turbia por la presencia de moco, que puede inducir á error, se aconseja, después de adicionar á dicha orina una gota de ácido acético, filtrarla con sumo cuidado, y entonces el filtro detiene los elementos epiteliales y el moco coagulado y deja pasar á la orina, que queda perfectamente limpia, trasparente y clara, es decir, en condiciones de poder hacer un análisis preciso. Cuando sólo se

desea, como en este caso, comprobar su presencia ó ausencia, bastan las reacciones que dán la ebullición de dicha orina ó el ácido nítrico, y mejor aún el empleo sucesivo de estos dos medios, puesto que, aislados, son susceptibles de error.

Así, por el calor, además de la albúmina, pueden precipitar los fosfatos, cuando se hallan en abundancia en la orina; y si sólo se trata ésta por el ácido nítrico, éste puede, á la vez que la albúmina, precipitar los uratos, que están aumentados, como es de regla, en el embarazo. De modo, pues, que, repito, debe siempre procederse de ambos modos.

Para proceder á la ebullición se coloca la orina en una probeta, de modo que se llenen unas cuartas partes, y se calientan sus capas superiores; entonces, según la mayor ó menor cantidad de albúmina que dicha orina contenga, se forma ó un enturbiamiento, ó capas, ó bien masas más ó menos sólidas de albúmina, pero á veces sucede que la orina contiene fosfatos y carbonatos terrosos en solución, merced al ácido carbónico, cuya evaporación, determinada mediante

la ebullición, permite la precipitación de dichas sales terrosas y el error de tomar este precipitado por albúmina. Se evita este error, agregando á la orina una ó dos gotas de ácido acético, que les impide precipitarse, cuidando no agregar mucho, porque en solución concentrada el ácido acético impide la coagulación de la albúmina, y entonces, por evitar un error, caeríamos en otro, tal vez mayor.

Esta adición de ácido acético es, pues, muy útil en las orinas de reacción neutra ó ligeramente ácida, pero lo es más aún en las de reacción alcalina, porque sin dicha adición se formaría un albuminato alcalino soluble, que sólo precipita por la adición de ácido acético.

El procedimiento del ácido nítrico consiste en lo siguiente: se llena las tres cuartas partes del tubo de prueba con la orina, perfectamente filtrada, y se vierte con lentitud el ácido nítrico á lo largo de las paredes del vaso; entonces se forma en el fondo de la probeta una masa que no es sino albúmina y encima

una capa parda, constituída por los pigmentos urinarios.

Este medio de análisis es susceptible de errores. Para evitarlos, se debe cuidar no poner demasiado ácido nítrico, pues éste, en solución concentrada, redisuelve la albúmina y la orina queda clara, por eso es que sólo debe verterse el ácido en pequeña cantidad. La décima parte de la orina contenida en el tubo. Otra causa de error proviene de que si la orina contiene exceso de uratos, como sucede en el embarazo, son precipitados al adicionarse el ácido nítrico, dando un depósito blanquísimo de ácido úrico, que puede tomarse por albúmina; para evitarlo, se calienta dicho precipitado, si persiste o aun aumenta es de albúmina el precipitado obtenido; si se redisuelve, se trata de ácido úrico, además de que, mientras el precipitado de albúmina se debe notar perfectamente, siempre que la mezcla de orina y del ácido se hace con suma lentitud, nada de ello pasa con el precipitado de ácido úrico el que presenta, sobre todo en su límite superior, grandes desigualdades. El exceso de ácido nítrico se debe evitar,

además de la razón ya indicada, porque en solución concentrada trasforma la albúmina en un cuerpo amarillo, llamado ácido santoprotéico.

Una última causa de error proviene de que si la gestante ha usado balsámicos (aceite de trementina, bálsamo de copaiba, etc.) puede suceder que se enturbie la orina por la adición del ácido, aunque no tenga albúmina, pero para evidenciar su naturaleza resinosa, trataremos de hacer desaparecer este enturbiamiento por el alcohol.

Otro reactivo que permite decidir la presencia ó ausencia de la albúmina en la orina, es el de Tanret, que no es sino una solución acética de yoduro de potasio y de mercurio. Se procede ó bien echando sobre el reactivo, colocado en un tubo de prueba, la orina gota á gota, ó al contrario, echando el reactivo sobre la orina, previamente colocada en el tubo de prueba. En caso de haber albúmina, la mezcla de los líquidos produce un enturbiamiento, si no la hay, los líquidos, al mezclarse, quedan limpios. De los dos modos operatorios, el segundo es preferible, pues

permite hasta calcular aproximadamente la cantidad de albúmina, según el espesor y opacidad del enturbiamiento. Este enturbiamiento no se disuelve por el calor.

Es cierto que algunos alcaloides y aun pequeñas cantidades de peptona dan con el reactivo Tanret precipitados; pero estos precipitados desaparecen por el calor ó el alcohol y nada parecido pasa con el precipitado de albúmina, que persiste, por lo que es útil llevar siempre á la ebullición el enturbiamiento obtenido.

Además de los métodos expuestos, se han ideado otros muchos; pero como todos ellos carecen de la precisión y rapidez de los descritos, los pasaremos por alto.

Conocida la presencia de albúmina en la orina, es decir, resuelto el primer punto, vamos á ocuparnos del segundo, es decir, vamos á indicar los medios de que disponemos para dosar dicha albúmina.

Para conseguir este objeto se procede del siguiente modo: se recoge la cantidad exacta de orina excre

tada en 24 horas, á fin de evitar los errores que resultarían de su variación diurna y nocturna. Con esta orina se va á dosar la cantidad de albúmina y este dosage se puede hacer por varios métodos. los más corrientes, y que son los que he empleado en las observaciones adjuntas, son el de las pesadas y el de Esbach.

El manual operatorio del método de las pesadas es el siguiente: se acidifica primero la orina que se quiere dosar, se le filtra y se aparta una pequeña cantidad, de 25 á 100 centímetros cúbicos, próximamente; se le somete al calor, con lo que se coagula la albúmina; se vierte el líquido en un filtro pesado de antemano con la mayor precisión, se seca este filtro á la temperatura de la estufa á cien grados y se pesa este filtro de nuevo; restando de este peso el del filtro, se obtiene la cantidad de albúmina contenida en la parte analizada, y mediante el cálculo se llega á determinar la cantidad que contiene la orina de veinticuatro horas.

Este método, que es muy científico, exige manipulaciones pacientes, largas y prolijas, por lo que muchas

veces no puede ser puesto en práctica, sobre todo á la cabecera de la gestante, donde á veces es indispensable dosar de un modo rápido la albúmina contenida en sus orinas, puesto que cuanto mayor sea ésta, más sombrío será el pronóstico y más activo debe ser el tratamiento.

Por estas consideraciones se trató de buscar un medio de dosage que, aun cuando fuese ménos exacto, gane en rapidez y permitiera estudiar las variaciones diarias de la albúmina, y fué Esbach quien logró prestar á la Ciencia tan útil servicio. Su método consiste en precipitar la albúmina por el ácido pícrico. El aparato que inventó para hacer este dosage es el albuminímetro que lleva su nombre, que consiste, más ó ménos, en un tubo de prueba de paredes gruesas, provisto de un tapón de caucho; en las paredes de este tubo hay una graduación, que en la parte inferior marca desde 1/2 hasta 7 y en la parte superior lleva las letras U y R. Se llena el tubo con la orina hasta la letra U y luego se añade, hasta llegar á la letra R, la siguiente solución, llamada reactivo de Esbach:

Acido pícrico _____ 10
id. cítrico _____ 20
Agua destilada _____ 1,000

Luego se adapta á la boca del tubo el tapón de caucho, y se invierte aquel dos ó tres veces, á fin de hacer íntima la mezcla de la orina y del reactivo; entónces se observa la formación de copos y al cabo de 24 horas de reposo todá la albúmina se reúne en el fondo del tubo. Este tubo debe colocarse en un sitio que no tenga una temperatura muy baja ni esté expuesto á grandes variaciones de ésta: la que parece más conveniente es de 12° á 15°, debiendo tenerse presente que á medida que la temperatura sea menor, será mayor el precipitado, puesto que con temperatura menor aumenta la densidad del agua y con ésta la altura del precipitado.

Al cabo de las veinticuatro horas se ve hasta qué division llega este precipitado y ella indica el número de gramos de albúmina por litro que la orina contiene, y luego, como se sabe la cantidad de orina emitida en 24 horas, se llega fácilmente á

apreciar la cantidad de albúmina que la orina de 24 horas contiene. Si pasa de cuatro gramos por litro, se debe diluir la orina en igual cantidad de agua, ántes de ponerla en el albuminímetro, y luego se duplica la cantidad de albúmina hallada de este modo.

Este método ha sido combatido, fundándose en que puede dar lugar á errores en los casos en que la gestante haya tomado quinina, antipirina ó sales potásicas, que pasan á la orina y con el ácido pícrico dán orígen á un precipitado análogo á los que da la albúmina, en tanto que no es debido á ella. Pero parece que éste no es un argumento digno de tomarse en consideración, puesto que indagando los antecedentes, se puede llegar á determinar si la paciente ha sido sometida ó nó á estas preparaciones. Otro tanto puede decirse de la objeción que se hace, diciendo que el ácido pícrico precipita tambien la peptona, pues es sabido que dicho precipitado se redisuelve por el calor ó el ácido nítrico, miéntras que

nada parecido sucede con el precipitado de albúmina.

En resúmen: parece que este método, si bien no tiene gran exactitud, es muy clínico, y en cuanto al error que origine no tiene gran significación, desde que el objeto es tan sólo apreciar la cantidad de albúmina de una manera aproximada y ver sus variaciones diarias, á fin de prever su pronóstico y establecer un tratamiento más ó ménos activo, y éste sólo puede hacerse por un método sencillo y práctico como el que me ocupo y que me permito afirmar que es el más clínico, por estas razones.

(C)ual es la variedad de albúmina contenida en la orina?

Las albúminas halladas corrientemente son la serina ó la globulina, ó una mezcla de las dos, pero pueden tambien hallarse la peptona y la propeptona. La peptona, al decir de Kœthnitz, cuando haya muerte y maceración del feto, y se distingue de la albúmina ordinaria en que no se coagula por el calor y en sus reacciones especiales, de las que no me

ocuparé por ser nula su significación en el embarazo. Otro tanto diré de la propeptona, la que no se coagula por el calor, mientras que con el ácido nítrico da un precipitado abundante, que se redisuelve en un exceso de reactivo y con una solución de sal marina se produce un depósito copioso, que aumenta con la adición de ácido acético. Tambien precipita por los reactivos de Tanret y de Esbach.

Para distinguir, pues, estas variedades de albúmina se necesitan procedimientos más ó ménos minuciosos, que no siempre son de inmediato empleo y que pueden evitarse, desde que como dejo dicho, no tiene ninguna importancia esa distinción.

(d) Cuáles son las otras modificaciones que presenta la orina?

Las principales son: la disminución de su cantidad, la que debe siempre estudiarse, á fin de saber la cantidad exacta á que asciende la albúmina excretada diariamente. A veces contiene la orina sangre y proporciona anormales de sus sales; pero

son dos los puntos que no debe perder de vista el clínico: la cantidad de urea excretada en 24 horas y la naturaleza de los sedimentos, porque el primero la de una idea del valor secretor del riñón y el segundo permite reconocer la presencia de sangre, pus, cilindros epiteliales, etc.

Capitulo V.

La albuminuria gravídica no siempre se presenta con el mismo cuadro sintomático, sino que por el contrario, reviste diversas formas clínicas. En un gran número de casos puede decirse que la albuminuria sólo existe en el estado latente, pues no se revela al exterior por ninguna alteración notable, por ningún trastorno local ni síntoma general, sino tansolo por la presencia de albúmina en la orina, y no es difícil comprender la gravedad que lleva en sí esta forma latente, pues puede ser desatendida y bruscamente tomar una marcha veloz, generalizándose sus lesiones renales, sobre todo en el trabajo, y estallar lo eclampsia en mujeres que no

habían presentado en su embarazo ningún trastorno funcional, como aconteció en la enferma de la observación N.º 3.

Bien se comprende la utilidad de examinar la orina de toda gestante, y como la albuminuria es más frecuente en las primíparas que en las multíparas, debe en aquellas hacerse el exámen de la orina con más repetición, pues un sólo exámen sería insuficiente desde que la albúmina puede aparecer de un día á otro ó desaparecer momentaneamente. Sólo de este modo se podrá evitar que pasen desatendidas estas albuminurias latentes, que al permanecer ocultas progresarán, haciéndose cada día más graves y no tardando en desarrollarse el cuadro aterrador de un ataque de eclampsia.

Otras veces, y es lo más corriente, la albuminuria gravídica evoluciona de una manera ménos silenciosa y no tardan en llamar la atención diversos síntomas observados en la gestante y que coinciden con la aparición de albúmina en la orina. Este síntoma aparece de una manera brusca ó bien se va desarrollando de un modo

gradual y progresivo.

En este último caso, lo primero que salta á la vista del observador es el edema que se inicia bajo la forma de una hinchazón limitada en un principio al tegido que rodea los maleolos luego sigue una marcha ascendente, se extiende á la raiz de los miembros inferiores, al tronco, á los miembros superiores y á la cabeza ó á la cara, la que se hace edematosa muy pronto. Estas sufusiones serosas no deben confundirse con el edema mecánico que se presenta frecuentemente en las últimas semanas de la gestación con independencia de toda modificación en la orina. Este edema mecánico es sobre todo frecuente en los quince últimos días de la gestación, cuando la presión de la cabeza fetal sobre la circunferencia de la pélvis entorpece la circulación de retorno de los miembros inferiores, se acompaña de la presencia de várices en los miembros inferiores, de tirantez en los vacíos, dificultad para la marcha, de sensación de pesadez en la pélvis y coincide con la compresión de la vejiga y del

recto, lo que determina el tenesmo vesical y rectal. Este edema se localiza exclusivamente en los miembros inferiores y aumenta de intensidad por la estación de pié, la marcha ó la fatiga; por eso es que se hace aparente al medio día, aumenta por la tarde para desaparecer por la mañana, mediante el reposo de la noche. Nada parecido pasa en las sufusiones serosas que acompañan á la albuminuria gravídica, la que si es cierto se inicia, como el anterior, al rededor de los maleólos y son más acentuadas en los miembros inferiores, no se limita á esta región como el primero, sino que muy pronto es invadida la cara, en la que aparece el edema de los párpados, luego el del tejido conjuntivo, de los miembros superiores, sobre todo de la mano, de los tegumentos del tronco y de las cavidades serosas.

Este edema es más precoz que el edema mecánico, pues se presenta desde el 7.º ú 8.º mes, existe desde por la mañana, es decir, no desaparece por el reposo de la noche y se presenta en diferentes partes del cuerpo; desaparece á veces sin causa apreciable, para reaparecer

de la misma manera, pero estas diferencias nunca son tan bien acentuadas, pues á veces se localiza en las partes en declive, se presenta en la última quincena y aumenta á la caída de la tarde. En estos casos hay que recurrir al análisis de la orina, á fin de ver si hay ó nó albúmina.

Este edema albuminúrico es fácil de reconocer por la depresión de la piel cuando se apoya fuertemente el dedo sobre la cara interna de la tibia y que á veces invade las paredes abdominales á tal punto que queda sobre el tegumento la impresión del estetóscopo usado para auscultar los latidos fetales.

Al mismo tiempo que el edema, la albuminuria presenta un estado particular que le dá el aspecto de una cloro-anémica: su color es mate, los párpados, cuyos bordes son infiltrados, tienen un reflejo azulado, los carrillos están hinchados y los labios descoloridos.

No se limitan á los tegumentos estas infusiones serosas, sino que pueden ir hasta producir infiltraciones serosas

en diferentes cavidades esplínicas y hasta el anasarca generalizado, como en la enferma de la observación Nº 2.

Además de estos síntomas se observan desarreglos digestivos de carácter dispéptico, como en la observación número seis (6), náuseas y algunas veces vómitos y alternativas de constipación y de diarrea; la sed es por lo general viva y hay abstracción del vientre.

De parte del aparato respiratorio se observa dificultad más ó ménos grande para los cambios respiratorios, disnea intensísima que se observa en la noche, durante la cual sobrevienen accesos de tos, por lo general sin expectoración, salvo el caso en que el edema ha ganado los pulmones, en que se observa una expectoración sanguinolenta. Esta disnea es tan intensa que impide á la paciente los menores esfuerzos, la marcha y hasta conciliar el sueño; tal aconteció en la enferma de la observación Nº 1.

Del lado del corazón, se observan palpitaciones, que en parte son debidas á la ligera hipertrofia de aquel

órgano, lesión constante en la gestante albuminúrica, y que de otro lado está en relación con la dificultad de la respiración. El pulso es pequeño, duro, tenaz y frecuente; en los casos graves, casi imperceptible. Algunas veces — pero ménos frecuentemente que en el mal de Bright — se presentan hemorragias, como epístaxis, hematémesis, hemoptisis y hemorragias cerebrales ó aracnóideas. Estas últimas son las ménos raras, pues se observan en los casos de eclampsia y aun pueden existir en casos de albuminuria ménos grave, pero sólo se presentan en el momento del parto ó en los días que siguen al alumbramiento.

Entre las hemorragias determinadas, una de las más frecuentes es la uterina, que se realiza en el interior de la placenta y provoca la formación de los focos placentarios ya estudiados, los que tienen gran influencia sobre la marcha del embarazo y la salud del feto; otras veces forma en la placenta, por el mecanismo ya indicado, infartos blancos, análogos á los originados por la sífilis.

Otro fenómeno observado tambien frecuentemente es el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Este accidente pone en peligro la vida de la madre y la del feto y se caracteriza por una sensación de desfallecimiento, con plenitud y tirantez en el hipogastrio, fluyendo por la vagina sangre líquida y no coagulable. Este desprendimiento es susceptible de ser tomado por una inserción viciosa de la placenta; pero la exploración digital quita toda duda.

Los síntomas más importantes son los suministrados por los trastornos que en el sistema nervioso determina la albuminuria; algunas veces dichos trastornos sólo se manifiestan por dolores fugaces, por una especie de hiperestesia en los espacios intercostales, en la base del pecho, en el epigastrio y en la región renal. La gestante no duerme, su carácter es irascible y agitado, acusa frecuentemente una cefalalgia intensísima, que á veces no tiene gran valor, porque sólo es transitoria, pero si se hace permanente,

adquiere un gran valor pronóstico. No son extrañas en la albuminuria las parálisis, que parece deben referirse á los trastornos que la albuminuria determina en los centros del encéfalo, mediante las modificaciones que imprime en las paredes vasculares, las que dán orígen á roturas de los vasos del encéfalo y á hemorragias cerebrales ó á una intoxicación urémica de los centros encefálicos, ó bien á edemas locales que dán por resultado una hemiplegia más ó ménos duradera.

Por lo que respecta al aparato de la visión, se observa con frecuencia trastornos que pueden reconocer dos orígenes: ó bien provenir de una lesión de la retina, llamada retinitis albuminúrica, que el oftalmioscopio permite reconocer, pues se observan exudaciones y hemorragias retinianas muy semejantes á las del mal de Bright. Estas exudaciones se presentan bajo la forma de manchas blancas en la región de la mácula, ya diseminadas ó reunidas en forma de abanicos y que son debidas á una degeneración de los elementos retinianos, que no se regeneran sino tres ó cuatro meses des-

pués del alumbramiento. Esto por lo que hace á los ecudados. Los focos hemorrágicos son más raros y se localizan en el segmento posterior del globo ocular en la mácula y alrededor de la pupila.

Estas retinitis se manifiestan por una disminución gradual de la vista, pudiendo llegar á la ambliopía y siendo raro que llegue á producirse hasta la amaurósis, como sucede en los casos de uremia, de la que se distingue, además, porque nunca es rápida en su aparición sino que por el contrario, se desarrolla progresivamente.

En la albuminuria gravídica es muy rara esta retinitis, y el que habla no la ha encontrado en ninguno de los casos observados.

Estos trastornos visuales varían mucho de intensidad y forma, desde la diplopia, miopia, hemeralopia, hasta la ambliopia y la amaurósis completa. Bien aparece ántes del parto ó después de él, bien preside los ataques de eclampsia ó bien los sigue. Lo que sí le da su característica, es lo rápido de su aparición y desaparición

y su gran movilidad. A veces la ceguera es completa, pero sólo dura una ó dos horas, aunque á veces persiste varios días.

Además de los síntomas ya anotados, se observa cierta lentitud de la inteligencia, sordera y sólo en los casos de eclampsia seriamente comprometida aquella.

Otros de los síntomas de gran valor son los suministrados por el exámen de la orina, la que es más rara que en el estado normal, más concentrada, más densa, precipita fácilmente los uratos y acusa las reacciones propias de la albúmina por los medios ya indicados. La cantidad de albúmina de la orina fluctúa entre vestigios apénas perceptibles y quince á veinte gramos en 24 horas. La reacción de la orina es ácida, la urea, los cloruros y el ácido fosfórico en proporción normal. Al microscopio, el depósito urinario presenta caracteres variables, según la extensión de la lesión renal. Así se observa á veces que no hay trazas de elementos figurados, al paso que otras veces hay cilindros hialinos, epiteliales, glóbulos blancos y hasta glóbu

los rojos y, según Leyden, pequeñas granulaciones de grasas, lo que indicaría alteraciones avanzadísimas del riñón. La presencia de todos estos elementos indica una nefritis concomitante, pero debe tenerse presente que sin nefritis, tan sólo por el gravidismo, se pueden encontrar en la orina sobre todo los glóbulos rojos y células granulosas y entonces el diagnóstico se hace teniendo en cuenta su abundancia relativa.

Para terminar voy á ocuparme de una forma de albuminuria gravídica llamada reincidente ó de repetición, en la que se observa que durante la gestación, la paciente presenta todo el cuadro de una albuminuria gravídica, la que desaparece completamente con la vacuidad del útero, para reaparecer en la próxima gestación. En este caso el parénquima renal no siempre soporta impunemente estos ataques repetidos sin que concluya por presentar las lesiones clásicas de una verdadera nefritis.

La marcha que sigue la albuminuria gravídica en su evolución no es siempre la misma. Se inicia ordina

ridamente en los últimos meses del embara
zo, durante el sétimo ú octavo mes, en
las multíparas y en las primíparas en
el noveno; pero no deja de aparecer, es
verdad que muy rara vez, durante el
tercero, cuarto, quinto ó sexto mes. Lo
que sí es muy raro es hallarla ántes
del tercero, de modo, pues, que siempre
que aparezca ántes de éste, debe siem
pre desconfiarse de su orígen gravi
dico y buscar su verdadera causa.

Iniciada la albuminuria,
sigue una marcha más ó ménos rá
pida y bulliciosa, según la mayor
ó menor oportunidad en que se ha
sometido á la paciente al tratamien
to adecuado, del que me ocuparé en
su oportunidad. Establecido á tiempo
este tratamiento, aumenta la emisión
diaria de la orina, desaparece gra
dualmente su contenido albuminoso,
como aconteció en la observación Núme
ro 1 y disminuyen las probabilidades de
las aparición de la eclampsia. Si no
se la trata con oportunidad, sigue
distinta marcha, aumenta á medida
que la gestación avanza, se agrava so
bre todo en el trabajo, como en la ob-

servación Nº 3 y bien desaparece rapidamente, al cabo de horas, bien al cabo de uno ó dos días ó lo más, después de dicho trabajo; bien desaparece sólo después de ocho ó diez días y aun de cinco ó seis semanas. En el primer caso se trata de una albuminuria del trabajo y no de la gestación, no pasando lo mismo en el segundo, en que la albuminuria ha existido durante el embarazo en proporción media, pudiendo haber producido ó nó convulsiones. Hay un tercer caso, en que la albuminuria es persistente y prolongada, pudiendo en ocasiones persistir hasta quince, diez y siete y aun veinticuatro meses después del alumbramiento; pero ésto es muy raro, pues lo general es que la albuminuria desaparezca rapidamente; y en los casos en que persista, debe preverse un fin fatal y la posibilidad de la existencia de una verdadera nefritis, que el embarazo sólo ha hecho progresar, pues buscando su orígen, se le halla anterior á él, en una fiebre infecciosa que ha producido una nefritis latente, puesta en evidencia por el gravidismo.

La época del embarazo en que la albuminuria aparece no influye en su marcha. Lo que sí influye como gran factor es la intensidad de los trastornos que al iniciarse la albuminuria determina en la gestante, pues á medida que ellos son más intensos, su duración será mayor.

Por regla general, esta albuminuria termina poco ántes del trabajo, durante éste ó poco después de lo mismo; pero á veces sucede que desaparece de una manera intermitente, es decir, desaparece por la mañana, cuando no ha tenido lugar la absorción de los elementos albuminoideos de los alimentos, para aparecer en el resto del día, hasta que al fin desaparece de un modo definitivo.

Vinay, Hipólite y Depaul citan casos de albuminuria que han desaparecido con la muerte del feto en el útero materno, casos que, á pesar de su rareza, revisten un gran valor patogénico, pues permiten suponer que el gravidismo ejerce una especial acción sobre la circulación, acción que desaparece con la muerte del feto. Esta acción no puede referirse á la disminución

de la tensión abdominal, puesto que esta tensión queda la misma ántes que despué de la muerte del feto; lo único que ha cambiado con dicha muerte es la circulación fetal. Si el feto no muere, se ve tambien con frecuencia desaparecer el edema y realizarse un descargo urinario que varía de cinco, seis y hasta treinta litros en 24 horas.

Capítulo VI.

El diagnóstico de la albuminuria gravídica es á veces de suma facilidad: éste pasa cuando en una gestante de siete á ocho meses se presentan edemas generalizados, disnea y cefalalgia intensísima. En este caso basta un rápido exámen para hacer el diagnóstico; pero á veces sucede que la gestante se halla en el caso de una albuminuria latente, en que los únicos síntomas percibidos son ligeros trastornos digestivos y ligeros edemas, y es en este caso en que el diagnóstico se impone, pues de no hacerlo, esta albuminuria latente se agravará con el trabajo, ó ántes de él, por un enfriamiento ó una gran fatiga,

y entónces las lesiones superficiales de esta forma latente se hacen graves y profundas y se revelan al exterior por el cuadro sintomático de un ataque de urremia. Por esta razón, nunca se recomendará lo bastante el hacer el análisis de la orina de las gestantes, sobre todo si existe el menor indicio de albuminuria, el más pequeño edema maleolar.

La presencia de albúmina en la orina no da derecho á asegurar la existencia de una albuminuria, pues es sabido que ésta puede provenir de una secreción vaginal (leucorrea). Por esta razón, ántes de recoger la orina deben seguirse las prescripciones ya indicadas, y como, aun siguiéndolas, puede tomarse por albuminúrica una orina contaminada de pus en su vía de excreción, hay que recurrir al microscopio, que disipa toda duda.

El edema peri-maleolar tampoco es signo patognomónico de la albuminuria, porque puede ser debido á la albuminuria, á la acción mecánica ejercida por las partes fetales y á la hidremia. Ya he indicado, al ocuparme de la sintomatología,

la manera de distinguir el edema de la albuminuria del edema mecánico; sólo agregaré que éste es doloroso, acompañado de hormigueo en la planta y en los dedos de los piés, de tensión en la parte inferior de la pierna y de calambres en la pantorrilla y no desarrolla igualmente en ambos miembros, siendo mayor en uno que en otro.

El de la albuminuria es sin dolor, puede modificarse por el cambio de posición y tiene como característica su gran extensión, pues, como ya se ha dicho, no se localiza en los miembros inferiores, sino que se generaliza, y además es el único que va acompañado de modificaciones en la composición de la orina.

En cuanto al de la hidremia, es tardío en su aparición, no es doloroso, desaparece colocando á la gestante en la posición horizontal, aumenta en la posición vertical y con el progreso del embarazo.

Conocida la albuminuria, toca determinar si es reciente, es decir, originada por la gestación, ó si es debida á un nefritis anterior al embarazo,

lo que se deducirá del estado de la paciente, de sus antecedentes y de la marcha que siga.

Otro punto digno de determinar es el grado de alteración renal que dicha albuminuria produce, punto lleno de escollos, á pesar de la luz que se ha querido proyectar sobre él, mediante la presencia ó ausencia de cilindros en la orina y de la retractilidad de la albúmina ureinaria. Pero la presencia de los cilindros hialinos y coloreados nada indica y si los gránulos grasosos manifiestan que se trata de una alteración más grave del parénquima renal, ellos no tienen gran significación, pues con ellos se ve desaparecer la albuminuria rapidamente; no obstante debe la presencia de dichos cilindros hacer suponer una albuminuria grave.

Respecto á la retractilidad ó no retractilidad del precipitado albuminoso, tampoco tienen ningún valor, desde que se puede á voluntad hacerlo ó nó retráctil, agregando una pequeña cantidad de sal.

Capitulo VII.

Puede decirse de una manera general que el pronóstico de la albuminuria gravídica casi siempre es muy sombrío, pues es ésta un síntoma que modifica siempre el pronóstico del embarazo. Es cierto que hay ocasiones en las cuales puede pasar sin accidentes sérios y curar expontaneamente después del parto; pero éste no es lo general sino que la gestante sucumba estando aún en cinta ó en los primeros días que siguen al parto, mediante una complicación visceral, la uremia ó la eclámpsia. Su acción maléfica se extiende al feto, cuyo crecimiento dificulta, determinando igualmente su muerte, ó por lo ménos, su prematura expulsión. De lo expuesto se deduce la gravedad de su pronóstico, tanto para la madre como para el feto.

La gravedad de la albuminuria gravídica respecto de la madre depende de su forma clínica; así no puede igualarse el pronóstico de una albuminuria ligera con síntomas atenua

dos al de una albuminuria con anasarca y complicaciones viscerales; á la que se desarrolla en una mujer afectada desde ántes del embarazo del mal de Bright; ó que tiene lesiones del armazón óseo, que determina estrecheces; ó que tiene lesiones valvulares del corazón; que presenta un embarazo gemelar complicado de hidramnios, en los que las lesiones no sólo son más frecuentes sino más profundas y graves; pero aun en las formas benignas debe el pronóstico ser reservado, pues de un momento á otro dichas lesiones superficiales pueden agravarse y provocar la uremia, y la eclampsia.

Todas las estadísticas hacen resaltar la gravedad de este pronóstico, demostrando la gran mortalidad en las madres. Así Hofmeier señala el 39 por 100, Rosenstein el 32.9 por 100 y Devilliers el 55 por 100; pero parece que estas estadísticas han sido muy exageradas, puesto que la albuminuria sólo se hace mortal cuando es diagnosticada muy tarde, de modo que no se haya tenido tiempo de instituir el tratamiento adecuado, y este descuido en el diagnóstico

ocurre hoy, felizmente, como excepción. Así, en el servicio de mi cargo, sólo ha perdido un caso de los siete observados, y eso que no se trataba de una verdadera albuminuria gravídica sino de una nefritis anterior á la gestación, cuya etiología era una escarlatina sufrida hacía ~~tres~~ meses, y que se agravó en el embarazo.

Está probada hasta la evidencia la influencia que ejerce la albuminuria en la interrupción de la gestación. Rayer fué el primero que la hizo notar y luego ha sido confirmado este hecho, entre otros autores, por Hofmeier, quien en 46 casos de albuminuria solo encontró quince partos de término y los treinta y un restantes, ántes de tiempo, y de estos treinta y uno, 17 abortos. Estos últimos parecen más frecuentes cuando el mal de Bright es anterior á la gestación, y segun las estadísticas formadas, parece representar el ochenta por ciento.

Se puede, con relación al pronóstico de la albuminuria respecto á la gestante, establecer una escala de gravedad creciente, por lo que hace á sus lesiones renales, constituída así: riñón

grávidico de las primíparas, riñón gravídico de repetición, riñón de una nefritis antigua, que sólo se manifiesta en el embarazo.

En la primera escala, las lesiones renales son superficiales y curan con rapidez, á no ser que haya una predisposición especial, de suerte que su pronóstico es por lo general favorable.

El segundo grado corresponde á aquellos casos en que la albuminuria se manifiesta en cada gestación, quedando en el intervalo la salud en excelente condición y normal la secreción urinaria. Esta repetición hace reservado el pronóstico de este grado, puesto que á la larga tendrá el riñón que sufrir las lesiones propias de una nefritis parenquimatosa.

El último grado está constituidos por aquellas desgraciadas que, habiendo padecido una nefritis antigua, que por mucho tiempo quedó latente, al resultar embarazadas han sufrido una recrudescencia de su mal y éste se ha hecho patente y muy grave. Son éstos los casos en que con más frecuencia se presenta la interrupción del embarazo la

muerte prematura del feto, la albumi
nuria precoz, los accidentes uréminos,
hemorragias cerebrales, y si llega la
paciente á librarse de éstas, complica
ciones, no se libra de la persistencia
de las lesiones renales y su incurabili
dad.

La acción maléfica de la albu
minuria nó se limita á la madre:
tambien se ejerce sobre el feto. Esta acción
nó siempre ha sido reconocida, pues
Blot decía que la albuminuria gra
vídica nó ejercía ninguna acción sobre
el feto, opinión diametralmente opues
ta á la de Depaul, Petit, Hoffmeier,
quienes sostienen, y con fundamento,
que siempre que la albuminuria se
desarrolle en la gestación, interrum
pe ésta y provoca ó el aborto ó el
parto prematuro; y si Blot sostenía
lo contrario, debe explicarse por el
hecho de que sólo observó la albumin
uria del trabajo y no la del embarazo,
pues en ésta es hecho universalmente
observado que el niño sucumbe ántes
de nacer ó bien nace débil y no com
pletamente desarrollado, y muere pocos
dias despues. Esta es la opinión más acep

toda, la que me parece más exacta y la que está más confirmada por las estadísticas, que nos hacen ver el gran número de abortos, partos prematuros y fetos atrépsicos provenientes de mujeres albuminúricas.

Para explicar esta perniciosa acción que la albuminuria ejerce sobre el desarrollo del feto, se han ideado diversas teorías; así, unos sostienen que sea debida á las hemorragias placentarias, que disminuyen la superficie útil de la placenta, como lo ha demostrado Chantreuil, otros á las convulsiones maternas, al desprendimiento prematuro de la placenta y sobre todo á la intoxicación de la madre, trasmitida al feto.

En efecto: el veneno que produce la premia gravídica, cuya naturaleza está aun en estudio, no encuentra dificultad para filtrar á través de la placenta, puesto que las vellosidades no le oponen la resistencia que ellas oponen á las partículas minerales y á los microbios, sino que por el contrario, una vez desarrollado en la sangre materna, pasa

con suma facilidad á la fetal y por esa razón el feto muere tanto más pronto y seguramente cuanto que la gestante se halle afectada de una nefritis antigua, que la albuminuria sea más intensa, los síntomas uréminos más pronunciados y la depuración urinaria más imperfecta. Por las razones indicadas parece que la infección del feto por este veneno urémico sea la causa más racional de su muerte y no las hemorragias é infartos blancos de la placenta, cuya acción no se puede poner en duda, aunque relegándola al segundo lugar.

En los casos más felices, en que el niño llega á ser viable, nace en un estado de desarrollo mucho menor que el normal, y sucumbe al poco tiempo ó, más afortunado, si se le confió á una nodriza, llega á salvar de todo peligro y á desarrollar completamente.

Fuera de las hemorragias que se producen por lo general en el momento del alumbramiento, queda la gestante expuesta á las consecuencias del parto: peritonitis, septicemia puerperal, manía puerperal; y el feto, á

hemorragias, debilidad congénita y convul-
siones.

Para terminar este capítulo, voy á ocuparme de la significación que la albuminuria gravídica tiene respecto á la posibilidad de la eclampsia, lo que lleva á estudiar estas dos cues-
tiones: 1ª ¿Toda eclámptica es albuminúrica? y 2ª ¿Toda albuminúrica será eclámptica?

La primera cuestión la resuelvo afirmativamente, pues casi siempre hay en la orina de las eclámpticas, al-
bumina, y las pocas veces que parece faltar ésta, se explica esta ausencia porque la albúmina desaparece por momentos, para reaparecer luego, y es posible que precisamente en tal instante se haya efectuado el análisis, de donde se desprende la necesidad de hacer repetidos análisis de la orina.

Cuanto á la segunda pregunta, de conformidad con la opinión de Peter, estoy por la negativa, que corro-
boran las estadísticas, que arrojan mayor número de albuminúricas que de eclámpticas.

Hay una tercera cuestión que resolver, y es si la cantidad de albumi-

nda encontrada en la orina indica si la paciente va ó nó á sufrir un ataque de eclampsia. Creemos que nó, pues se ha visto á albuminúricas — y con gran cantidad de albúmina en sus orinas — no ser eclámpticas; y á la inversa, gestantes cuya orina tenía pequeñísimas cantidades de albúmina, y que sin embargo sufrieron la eclampsia.

Con todo, la presencia de albúmina indica por lo general la posibilidad de la eclampsia, sin que esta posibilidad sea absoluta.

Capitulo VIII.

Desconociendo la causa eficiente de la albuminuria gravídica, es evidente que no se puede establecer un tratamiento causal, y como también lo es en este sindroma clínico el aumento de la presión abdominal y los cambios moleculares del tejido renal que el embarazo produce, parece que el verdadero tratamiento causal sería la supresión de la gestación. Sin embargo, se han inven

tado numerosos medicamentos y variados medios para combatirla, pero todos son susceptibles de justa crítica.

Entre estos tratamientos son los principales é importantes: el profiláctico, el obstétrico, el médico. El profiláctico debe someterse sobre todo á aquellas mujeres que ántes de su embarazo hayan sufrido un enfriamiento ó fiebres infecciosas, escarlatina ó neumonía, lo que determina en ellas una nefritis, que con el embarazo se agravará, y para evitarlo se tendrán con ellas especial cuidado en el regular funcionamiento de la piel, mediante el empleo de los baños, fricciones y vestidos de lana.

Si la nefritis, en vez de ser aguda, es crónica, es preferible evitar el embarazo, puesto que en él, agravándose esta nefritis, acabará con la vida de la paciente.

Tratamiento médico.— Como dije poco ántes, son numerosísimos los medios aconsejados para combatir la albuminuria, pero todos ellos carecen de eficacia. Los principales son: las emisiones sanguíneas, revulsivos, purgantes y diuréticos y entre éstos el régimen lácteo, que es el empleado en las observaciones que acompaño y que ha producido en ellas excelentes

resultados.

Paso ahora á estudiar cada uno de estos medios.

Sangría. – Se sabe que en el embarazo hay un aumento de la masa de sangre y una insuficiencia de la depuración renal, lo que determina un depósito en la sangre de materias que debían eliminarse, un trastorno en la circulación y tendencia á las congestiones, lo que se cree evitar mediante la sangría. Esta práctica, muy en voga en la antigüedad, ha caído hoy casi en completo desuso, no obstante la opinión de Charpentier y Peter, quien atribuía el mayor número de mujeres eclámpticas que se observa en estos últimos tiempos al olvido en que ha caído la práctica de la sangría. Pero esta práctica no tiene fundamento científico, pues si es cierto que disminuye la presión sanguínea y desembaraza la sangre de los materiales que la disminución de la depuración urinaria acumula en ella, no puede obrar sino quitando glóbulos á una sangre ya escasa de ellos, y por lo tanto tiene

que ser de fatales consecuencias para la madre, á quien debilita, y para el feto.

Además, no ejerce acción favorable sobre la lesión renal, cualquiera que ella sea: nefritis verdadera ó esteatósis renal, puesto que, estando el riñon anémico, la nueva pérdida de sangre no puede sino agravarla. De modo, pues, que por lo general debe rechazarse la sangría; y digo por lo general, porque en casos especiales puede ser útil, v. g.: en un caso de uremia inminente ó de congestión pulmonar amenazante, pero á condición de que sea moderada (250 á 300 gramos) y sólo como remedio salvador por el momento.

Las sangrías locales ó sanguijuelas son merecedoras de las mismas censuras que la sangría general, de la que tienen los inconvenientes, sin ofrecer sus ventajas, puesto que no pueden emplearse sin peligro en mujeres edematosas, en las que han producido con frecuencia la gangrena, lo que se explicaría por las condiciones de vitalidad que ofrecen los tejidos edematosos. Sin embargo pueden ser útiles en los casos

en que la paciente experimenta grandes dolores en la región anal, los que pueden desaparecer mediante ellas. Otro tanto puede decirse de los revulsivos cutáneos, sinapismos, puntos de fuego, tinturas de yodo, y en especial de los vejigatorios, que por la cantárida que se elimina por el riñón, aumenta la congestión de éste.

Purgantes. El empleo de éstos vino de la idea de provocar una flujión intestinal que determinara una gran eliminación de las serosidades de la sangre, concentrando sus glóbulos; pero estos purgantes repetidos debilitan el organismo sin arrastrar, como lo pensaban sus partidarios, las materias extractivas ni los venenos acumulados en la sangre; tan solo disminuyen los edemas y los derrames de serosidades, y al decir de Tarnier, con el empleo de los purgantes aumenta la proporción de albúmina, al menos, momentaneamente.

De lo expuesto se deduce que debe limitarse mucho el empleo de los purgantes, y tan sólo usarlos á modo de laxantes, para evitar la

constipación, lo que determinará un aumento relativo de los productos tóxicos que resultan de la putrefacción intestinal y que del intestino pasa al torrente circulatorio.

De los otros tratamientos propuestos, como son los tónicos, reconstituyentes, los diaforéticos, el tanino y el yoduro de potasio son por lo menos insuficientes, al no ser nocivos, lo mismo que los diuréticos, exceptuando la leche, que ejerce una acción eficaz muy notable sobre la albuminuria, pues á su poder tónico, que sostiene las fuerzas de la paciente, se agrega el hecho de contener pocos principios tóxicos, potasa y materias orgánicas, y principios diuréticos lácteos y sales.

El régimen lácteo fué introducido en el tratamiento de las hidropesías por Horstius, Hillen, Christien (de Montpellier) y Hartiques y sólo se vulgarizó en 1873 por Saccoud y en 1875 recomendado por Farnier en el tratamiento de la albuminuria gravídica, quien defendió con su gran experiencia su eficacia hasta el punto de asegurar que una gestante albuminúrica, que

haya sido sometida, por lo ménos durante ocho días, al régimen lácteo, no puede ser eclámptica.

Participo de esta opinión, pues en las siete observaciones que acompaño sólo he empleado el régimen lácteo y el resultado ha sido satisfactorio, pues si es cierto que tuve un caso fatal, en él no se trataba de una albuminuria gravídica sino de una nefritis agravada en el gravidismo, y en el único caso en que estalló la eclampsia no fué sometida la gestante á dicho régimen por haberse ignorado la albuminuria hasta la víspera del trabajo, como indicaré en la observación respectiva. De modo, pues, que el régimen lácteo es el régimen preservador de la eclampsia, porque si algunas veces, observando dicho régimen, aparece ésta, los ataques son ménos frecuentes y ménos graves, é investigando con cuidado se llega siempre á descubrir que dicho régimen no ha sido observado con rigor ó se ha establecido demasiado tarde.

Este régimen contiene á veces, y mejora siempre, la albuminuria gra-

vídica y es por las razones indicadas uno de los medios más valiosos que posée la Ciencia para librar á la madre de los accidentes uréemicos. Ofrece, además, la ventaja de que no hay para la madre ni para el feto inconveniente alguno en someterse á él durante mucho tiempo, y si á veces nace el hijo en un estado de gran demacración, se debe ésta no al régimen sino á la albuminuria y á las lesiones placentarias que ésta determina.

El régimen que me ocupa consiste en someter á la gestante al uso exclusivo de la leche, y lo más pronto posible, sobre todo si ella presenta los prodromos de un ataque de eclampsia ó síntomas de uremia inminente. En casos ménos alarmantes y ménos graves se puede establecer paulatinamente este régimen. Siguiendo los consejos de Tarnier, he tratado á las enfermas que no presentaban síntoma alarmante del modo siguiente:

1er día: 1/2 ración y 1 litro de leche.
2.º " 2/2 id. y 2 id.
3er " 1/2 id. y 3 id.
4.º " 0 id. y 4 id.

Luego he seguido sometiéndolas

al mismo régimen lácteo exclusivo hasta la completa desaparición de la albúmina en la orina y de todos los demás síntomas. En los casos graves he establecido desde el principio este régimen, con todo cuidado, á fin de evitar que la enferma lo asocie al empleo de alimentos sólidos ó líquidos alcohólicos, lo que le haría perder todo su valor.

La leche puede usarse cruda ó cocida, á gusto de la paciente, prefiriéndose este último modo, sobre todo en el verano, en que el gran desarrollo de microbios puede producir trastornos intestinales, y aun sería conveniente acurrir á la pasteurización, sometiendo la leche á la calefacción por cuarenta y cinco minutos, á 70 grados. Puede usarse caliente ó fría, azucarada ó salada. Para hacerla más agradable se la aromatiza con Cognac, anisado ó agua de Laurel cerezo; se le hace más diurética y más digestiva agregándole agua de Vichy, de Vals, etc.

Este régimen, cuyos resultados son sorprendentes, en su aplicación tropieza frecuentemente con grandes dificultades, nacidas de la

repugnancia que llega á inspirar á la paciente y de los trastornos digestivos que le ocasiona. Así, á veces, al principio originan diarreas, que muy pronto desaparecen, se regularizan las cámaras y la diarrea es sustituida por la constipación. Pero estos trastornos digestivos se evitan cortando la leche con agua de cal.

Sometida la gestante albuminúrica á este régimen exclusivo, se ve la albúmina disminuir notablemente y hasta llegar á desaparecer completamente, como aconteció en la observación N.º 1, en la que de 12 gramos de albúmina por litro, terminó por desaparecer completamente, alcanzando la paciente el fin de su embarazo, como lo indicaré en su lugar. Es indudable que este alivio se debe únicamente al régimen lácteo, pues si se establece un régimen ordinario, y aún mixto, la albúmina reaparece y hasta aumenta, como aconteció en la observación N.º 6.

Sucede á veces que en el curso de la albuminuria se bosquejan los accidentes preémicos, y la albú-

mina, en lugar de disminuir, se estaciona ó aumenta; entónces es conveniente asociar al régimen lácteo el empleo del hidrato de cloral (cuatro ó cinco gramos en una poción).

Cuando el régimen lácteo se hace intolerable y hay disminución de la albúmina, en notable proporción, pero sin desaparecer del todo, se suspende dicho régimen y se somete á la paciente al uso de pociones diuréticas, cuidando que el vientre funcione convenientemente, mediante ligeros laxantes, vigilando el regular funcionamiento de la piel y evitando las causas de fatiga y enfriamiento; pero al menor síntoma de uremia, como cefalalgia, vómitos, disnea, vértigos, si la proporción de orina disminuye de un modo notable, se vuelve en todo su rigor al régimen lácteo.

Es conveniente recomendar á las pacientes el mayor aseo de la boca después del uso de la leche, á fin de evitar el depósito de partículas de caseina ó de grasa en la lengua ó en los intersticios de los dientes, los que fermentarían con el calor y humedad de la

boca.

Las gestantes sometidas al régimen lácteo exclusivo deben tomar leche siempre que sientan necesidad de alimento, siendo mejor sistematizar la alimentación de modo que cada dos horas tomen un pocillo de leche, á fin de no sobrecargar el estómago y no dificultar más la digestión, ya retardada por el hecho de la albuminuria.

Como las toxinas tóxicas que irritan el riñón provienen especialmente de la alimentación por las carnes y de las bebidas alcohólicas, debe ejercerse sobre estas sustancias la mayor vigilancia y prohibirlas en lo absoluto.

Por lo general, con el parto desaparecen los síntomas alarmantes de la albuminuria; porque también se la ve persistir después de aquel y aun sobreexistir cinco ó seis meses, ó hacerse crónica; por lo que se recomienda la prescripción de seguir haciendo análisis repetidos de la orina, unas veces en ayunas y otras después de haber tomado alimento, pues suele suceder que la albúmina sólo exista en la orina de la tarde y nunca

en la de la mañana, lo que indica que la curación no está terminada y que se debe seguir el mismo régimen hasta que desaparezca completamente y á toda hora.

A pesar del régimen láctico, se ve á veces sucumbir al feto de gestantes albuminúricas, y entónces desaparecer la albúmina en la orina, de donde se deduce la importancia de auscultar con frecuencia al feto, á fin de no dejarse engañar por la desaparicion de la albúmina.

A los ocho ó quince dias después del alumbramiento, si ya no hay albúmina, se somete á la paciente al régimen mixto, y si con éste no vuelve á aparecer la albúmina, se suprime del todo el régimen láctico.

En el puerperio se debe mitigar el régimen láctico, agregándole algunos alimentos, como los huevos, las legumbres verdes, muy cocidas, feculentas, pues durante aquel periodo el régimen exclusivo se hace más intolerable que en el embarazo.

Antes de entrar en el estudio del régimen obstétrico, voy á ocuparme de la terapéutica de las diver-

sas complicaciones que en las albuminúri-
cas pueden presentarse durante la ges-
tación, en el trabajo y en el puerperio.

En el curso de la albuminu-
ria sucede á veces que el edema de
los miembros inferiores, y sobre todo de
los grandes labios, es muy desarrolla-
do, y la piel, en sumo grado tensa, a-
menaza enfacelarse. Entónces hay que
procurar hacer salir esta serosidad,
colocando en el extremo de una pin-
za de forcipresión una aguja de co-
ser, previamente desinfectada, con la
que se hace punciones en número su-
ficiente en las partes edematosas, re-
cogiendo con algodón hidrófilo las se-
rosidades que fluyan de este edema.

Tambien sucede que la dís-
nea es tan intensa que la paciente
no puede conciliar el sueño. Se com-
bate con inhalaciones de oxígeno, que
pueden llegar á treinta litros en vein-
ticuatro horas.

Tambien pueden complicar
la albuminuria las hemorragias del
alumbramiento, las infecciones septi-
cémicas y las intoxicaciones mediante
los antisépticos empleados. Para evitar

las hemorragias del alumbramiento se debe tener siempre lista una solución antiséptica á la temperatura de 46.° á 50.°, para hacer una inyección vaginal ó intra-uterina y aun para activar el alumbramiento artificial.

La infección uterina se evita haciendo lo ménos posible el tacto y redoblando las prescripciones antisépticas; y las intoxicaciones, moderando el uso del mercurio y aun el del ácido fénico y prefiriendo el naftol ó el ácido bórico.

En el momento del parto debe vigilarse la distensión de las partes blandas, á fin de evitar su desgarramiento, y en caso de no poder evitarlo, reparar los destrozos lo más completa y prontamente posible.

Si el edema de los labios no ha tenido tiempo de ser tratado por el método de las punciones, se usará, siguiendo el consejo de Pinar, compresas empapadas en una solución de sublimado, las que se aplicarán sobre las partes enfaceladas.

Para evitar las intoxicaciones es conveniente no hacer inyecciones vaginales ó intra-uterinas sino cuando

los loquios se hagan fétidos ó haya fiebre.

Tratamiento Obstétrico.—Este tratamiento, que consiste en la interrupción del embarazo, es de gran trascendencia y por lo mismo ha sido punto muy discutido entre los tocólogos. Moricke creé que debe provocarse el parto desde que se comprueba que la albuminuria nó cede al tratamiento médico. Otros, como Barker y Pooley, desde que la gestante muestre excitación del sistema nervioso ó perturbación del órgano de la visión. Richardson, desde que haya alteración en la secreción urinaria; Schroder creé que no sólo debe provocarse el parto prematuro sino aun el aborto, á lo que se opone Hoffmeier, que creé preferible esperar que el feto sea viable, y Schleim, Macnamara y Martin son de opinión de esperar á que estalle la eclampsia. Tarnier dice que debe provocarse el parto en casos desesperados, en los que por la intensidad de los síntomas no se puede esperar el beneficio del régimen lácteo. En estos mismos casos, Charpentier rechaza en lo absoluto el aborto provocado y sólo admite el

parto prematuro.

En concepto del que habla, sólo debe recurrirse al tratamiento que me ocupa, en aquellos casos, felizmente raros, en que la albuminuria se desarrolla con suma rapidez é intensidad; cuando resultan ineficaces tanto el régimen lácteo como todos los otros medios que la Terapéutica aconseja; cuando se presentan con toda claridad y fuerza los prodromos de la eclampsia; cuando viene la albuminuria acompañada de congestión pulmonar, con derrame en las serosas y edemas generalizados; cuando la gestante es primípara ó siendo multípara, haya presentado en sus embarazos anteriores ataques de eclampsia; y opino con Vinay que no debe esperarse á que el feto sea viable, puesto que estos accidentes se presentan á veces con suma precocidad, ántes de la época de la viabilidad, y creo que entónces es tan justificada la intervencion como más tarde, desde que en ambos casos la vida de la gestante está en peligro, como tambien la del feto, que, si no se

interviene activamente, sucumbe, de modo que la prolongación de este estado es tan maléfica para la madre como para el feto; así es que, siempre que se reúnan las condiciones anotadas, debe intervenirse en el momento más favorable, cuidando de no intervenir demasiado tarde y vigilando siempre la auscultación del feto, pues muerto éste, ya no tiene objeto la intervención, desde que este accidente hace atenuar los síntomas de auto-intoxicación y la albuminuria desaparece poco á poco. Sólo en estos casos de inminente gravedad parece imponerse la provocación del parto ó del aborto, puesto que si se trata de albuminurias ligeras, acompañadas de un estado general satisfactorio, no precisa ninguna intervención; y aun en los casos en que la albuminuria está acompañada de anasarca, disnea mediana y disminución en la cantidad diaria de orina, cede las más de las veces al régimen lácteo, con tanta más rapidez cuanto ménos intensa es la albuminuria. Si se precipitan los accidentes urémicos con suma brevedad, debe aun reflexionarse

mucho ántes de provocar el trabajo, porque las maniobras empleadas para llegar á este fin, esto es; las irritaciones del cuello uterino, pueden muy bien hacer estallar la eclampsia pronta y energicamente.

Si esta indecision puede existir en casos en que el trabajo no se ha iniciado, no así cuando dicho trabajo comienza; entónces, sobre todo si se trata de una primípara, si el cuello está en completa dilatacion, enteramente borrado, con contracciones débiles, y no avanzando el trabajo sino lentamente, debe intervenirse, sea á fin de terminar lo más pronto posible el parto por version ó por aplicacion de forceps, como sucedió en la enferma de la observacion N.° 3. Si la gestante es multípara y las contracciones son enérgicas, á pesar de los síntomas de uremia, debe esperarse que el parto termine naturalmente.

Antes de terminar este estudio clínico, voy á decir una palabra acerca de la condicion de la lactancia por mujeres albuminúricas. Parece que la lactancia no ofrece inconveniente, siempre que la albuminuria haya si

do ligera, ó aun siendo grave, abundante la albúmina en la orina, siempre que no haya habido síntomas alarmantes y que ella sea de origen reciente, no así si se sospecha una lesión profunda y antigua del riñón, si la anasarca ha sido muy generalizada, con suffusiones serosas, disnea, congestión pulmonar, desórdenes cardíacos y ataques eclámpticos, puesto que si en el primer caso no tiene acción ninguna ni para la madre ni para el feto, no pasa lo mismo en el segundo, que sería perjudicial para los dos.

En comprobación de las teorías y sistemas curativos á que doy la preferencia en el presente trabajo, paso á hacer una breve relación de los casos observados.

Observación N° 1. — Petronila Vargas de Abeling, india, natural de Manchay, de 17 años de edad, jornalera, casada, de temperamento linfático y de constitución débil. Ingresó al Hospital de Santa Ana el 13 de Agosto del presente año y ocupó la cama N° 25 de la sala de San Antonio.

Antecedentes: buena salud anterior, sólo ha padecido de viruelas y de palu

dismo; no ha tenido nunca lesión alguna genital, primípara, ménstrua desde los catorce años; reglá regularmente durante tres días hasta 28 de Diciembre del año pasado; está en el 7º mes de su embarazo. En los seis primeros meses no acusó nada de anormal y sólo después de esta época nota que las piernas se le hinchan cada día más y que la hinchazón ha invadido sucesivamente los piés, las piernas, muslos, órganos genitales, las paredes abdominales, los miembros superiores y por fin la cara. Indica, además, que la orina es escasa y de color de sangre; no puede respirar ni dormir y tiene gran dificultad para caminar.

Estado actual: A la inspección presenta la paciente un color malé bien pronunciado, cara abotagada, párpados edematosos, con reflejo agulado y bordes infiltrados, carrillos hinchados, labios decolorados, derrame de serosidad en la cavidad peritonial, que permitía sentir, á la exploración, una oleada líquida muy marcada. Los miembros inferiores, tronco y miembros superiores, en especial la mano, ofrecían

una hinchazón notable, que no desaparecía á ninguna hora y que guardaba la impresión del dedo explorador y aun del estetoscopo que usé para auscultar el corazón fetal.

Presentaba todos los síntomas de embarazo y por los diversos medios de diagnóstico de que disponemos, constaté una presentación de vértice y una posición izquierda; no pudiendo oir los latidos fetales por la gran infiltración de las paredes abdominales.

Acusaba anorexia, náuseas, sed viva, disnea intensísima, palpitaciones, ligera hipertrofia del corazón, pulso pequeño y frecuente, gran hiperestesia en los espacios intercostales, en la base del pecho, en la región renal y en el epigastrio; cefalalgia gravativa y permanente, diplopia, oscurecimiento de la vista, zumbido de oídos y apatía intelectual.

Con semejante cuadro sintomático, diagnostiqué una albuminuria nacida en el gravidismo, y para adquirir certidumbre examiné la orina, la que era escasa (950 gramos en 24 horas); densidad 1030, es decir, mayor

que la normal; de color oscuro, reacción ácida, y con los reactivos de que he hablado descubrí la existencia de albúmina, en la proporción de 12 gramos sobre la cantidad ya indicada, en 24 horas. Al microscopio, el depósito urinario permitió observar cilindros hialinos y glóbulos rojos. Con estos datos fué confirmado el diagnóstico y vista la gravedad del caso, consideré su pronóstico reservado. Por la misma consideración sometí á la paciente al régimen lácteo absoluto, prescribiéndole tres litros de leche diarios, que á voluntad de la gestante, la tomaba cocida, caliente y azucarada, sin olvidar las prescripciones higiénicas indicadas en el curso de esta tésis.

La paciente tuvo la suerte de soportar perfectamente y sin ningún trastorno digestivo este severo régimen desde el día de su entrada hasta el 30 del mismo mes de Agosto, en que la orina no presentaba ni trazas de albúmina y tenía sus propiedades normales, y en que todos los síntomas habían desaparecido completamente.

No obstante ésto, siguió la ges-

tante sometida al mismo régimen, y el 3 de Setiembre, á las 3 y media de la tarde, se inició el trabajo, que fué corto, pues á las 7 y 25 minutos p. m. dió á luz un feto de sexo femenino, en posición C. I. I. A. de 53 centímetros de longitud y de 2900 gramos de peso, lo que correspondía á la edad del embarazo, (8 meses). El alumbramiento aconteció con la mayor felicidad, la placenta pesaba 500 gramos; no ménos feliz fué el puerperio, que siguió su marcha regular, sin tener que lamentar ninguna complicación; y después de doce días de permanencia en el servicio, durante los que hice repetidos análisis de orina, sin conseguir ni trazas de albúmina, y sometí á la paciente á un tratamiento tónico y ferruginoso y á una buena alimentación, se dió de alta.

Este caso demuestra, pues, la eficacia del régimen lácteo absoluto.

Observación N.º 2.— Mercedes de la Cruz. India, natural de Tarma, de 16 años de edad, jornalera, casada, de temperamento bilioso y constitución débil. Ingresó al expresado Hospital el 20 de Julio

último y ocupó la cama Nº 13 de la sala de San Antonio.

Antecedentes: Su salud no había sido muy satisfactoria, pues había padecido de paludismo, saramp ión, viruela y disentería; menstruó desde los 15 años, durante cuatro días, su último ménstruo terminó el 28 de Octubre del año pasado. Refiere que desde hace un mes se fatiga mucho, tiene tos y se le hinchan las piernas cada día más.

Estado actual. A la inspección y siguiendo los medios de diagnóstico del embarazo, constaté una presentación de vértice en O. I. I. A. Al hacer dicho exámen noté la presencia de infiltraciones serosas en los tegumentos y de una anasarca generalizada. Comprobé, además, la existencia de una tos frecuente, que á mi parecer, era efecto del edema laríngeo, disnea intensa, pulso apénas perceptible, epistáxis repetidas, trastornos visuales, cefalalgia viva y lentitud de la inteligencia.

El exámen de la orina me suministró los datos siguientes: den

sidad: 1.025; cantidad: 1000 gramos en veinticuatro horas; color oscuro; abundante sedimento; la presencia de la albúmina en la proporción de 9 gramos sobre la precitada cantidad. El depósito urinario, examinado al microscopio, no presentaba ningún elemento figurado.

Sometida al régimen lácteo absoluto, con las prescripciones indicadas en caso semejante, fueron mitigándose desde el primer día todos los síntomas, sin desaparecer completamente. El 26 del mismo mes la cantidad de albúmina era de un gramo en la orina de 24 horas, y al día siguiente, á la 1 p. m. principió el trabajo, que terminó á las 11 y 20 m. p. m., dando á luz un feto vivo, pero de desarrollo poco avanzado, de 44 centímetros de longitud y de 2200 gramos; la placenta pesaba 500 gramos y presentaba las lesiones propias de la placenta albuminúrica. El alumbramiento fué feliz, lo mismo que el puerperio, durante el cual siguió su régimen lácteo absoluto é hice diariamente

análisis de su orina, con lo que constaté la desaparición de la albúmina el 6 de Agosto, y desde entónces siguió el puerperio su marcha regular y desaparecieron del todo los síntomas ~~ya~~ anotados, saliendo la asilada en perfecto estado de salud el 10 de Agosto, merced al régimen lácteo absoluto.

Observación N°3. — Eusebia Cárdenas. Zamba, natural de Chancay, de 19 años, soltera, de temperamento nervioso linfático, constitución delicada. Entró al Hospital de Santa Ana el 11 de Julio del presente año y ocupó la cama N° 4 de la sala de Santa Rosa (clínica Tocológica); y examinada por el clínico á cuyo cargo corría esa cama, pasó desapercibida un ligero edema perimaleolar, que según la enferma, había ésta notado hacía varios días, sin darle gran importancia, pues no le causaba ningún sufrimiento, y su presencia en el Hospital obedecía sólo al deseo de ser asistida en su parto, porque efectivamente estaba de término. Siguió allí un régimen tónico hasta las 6 de la tarde del 20 del mismo mes, en que

hice un análisis de su orina y encontré una notable cantidad de albúmina. Sorprendido de esta gran cantidad de albúmina sin síntomas manifiestos de albuminuria, pensé que se trataba de una forma latente de ésta y prescribí el régimen lácteo absoluto; pero ya era tarde, pues á las diez de la noche del mismo día se inició el trabajo y á las 4 a.m. del 21 estalló subitamente un ataque convulsivo, que se repitió una hora después, en que fuí llamado, pues cabalmente me hallaba de guardia en el Hospital. Cuando la ví, estaba en el período comatoso del ataque y por los datos que me suministró la matrona no me cupo la menor duda de que se trataba de un caso de eclampsia. Reconocida, ví que el trabajo progresaba muy lentamente y que se trataba de una presentación de vértice en O.I.D.P.; la cabeza estaba en la excavación y no doraaba. Entre tanto, de las 5 de la mañana á las 10 y 20 minutos de la misma, sufrió nueve ataques clásicos de eclampsia. En todo este tiempo le prescribí dos enemas de hidrato de cloral en leche y una poción

de hidrato de cloral con bromuro de sodio, mas no avanzándose nada y repitiéndose á cada momento los ataques con mayor intensidad, mi respetado maestro Sr. Dr. D. Rafael Benavides se decidió por el tratamiento obstétrico y á las 10 y 20 m. a. m. extrajo con el forceps Tarnier un feto muerto, del sexo femenino, de 3700 gramos de peso y 55 centímetros de longitud, y cuya placenta presentaba las lesiones propias de la placenta albuminúrica y un peso de seiscientos gramos. Durante la operación sufrió la paciente un ataque y desde que terminó ésta hasta las 4, tuvo otros tres. Las cucharadas de hidrato de cloral se le continuaron dando en ese tiempo, así como las lavativas y de las 4 p. m. no volvió á repetirse ningún ataque. A esa misma hora el análisis de albúmina arrojó 5 gramos y medio. La paciente quedó sometida al mismo régimen antiespasmódico y al régimen lacteo absoluto durante los días 21, 22 y 23; el 24 sólo al régimen lácteo y el día 25, analizada la orina, no ofrecía ni trazas de albúmina. El puerperio siguió su curso regular

hasta el 3 de Agosto, en que aparecieron síntomas de infección séptica, que cedie ron á inyecciones fenicadas intra-ute rinas, y el diez de Agosto apareció un absceso en la región deltoidea izquierda, el que fué desbridado, y cuando ya esta ba casi cicatrizado, apareció otro en la región externa del muslo izquier do, que tambien se encuentra ya en vías de curación. La orina no ha vuelto á ofrecer ni vestigios de albúmina.

En este caso, como la albuminuria no fué tratada oportunamente, no se evitó la eclámpsia ni tampoco las com plicaciones sépticas, por no haber apli cado el régimen lácteo desde un princi pio.

Observación Nº 4.= Rosenda Bendezú, na tural de Talpa, de 29 años de edad, de profesión cocinera, casada, de temperamen to linfático-nervioso, de constitución deli cada, ingresó al Hospital de Santa Ana el 24 de Julio del año en curso y ocupó la cama Nº 3 de la sala de San Antonio. Averiguados sus antecedentes, resultó que no había padecido enferme dad alguna de cuidado; que menstruó desde los quince años, durante tres días,

siendo su última regla del 9 al 12 de Enero.
La presente es su sexta gestación; se halla en el 6.º mes de ésta. Desde hace veinte días no puede conciliar el sueño y no la deja descansar una cefalalgia intensísima y una fuerte opresión en la base del tórax. Tiene epístasis repetidas y desde hace tres días una intensísima hematuria. Todos sus partos anteriores han sido felices y de término. A la inspección, presentaba un tinte anémico y tenía los maleolos ligeramente edematosos. Acusaba ligeras turbaciones de la visión y pasajeros trastornos digestivos. Examinada la orina, presentaba los siguientes caracteres: cantidad en 24 horas: 1200 gramos, reacción ácida, densidad 1.022 cantidad de albúmina 3 gramos y medio poco sedimento y el microscopio no revelaba elemento figurado alguno.

Como el caso no era de los más graves, no opté desde el principio por el régimen lácteo absoluto, sino que traté de combatir la hematuria, que fué dominada del 25 al 27, y desde este día la sometí al régimen lácteo, según la práctica de Tarnier, que dejo indicado

en el curso de esta tésis, al que siguió sometida hasta el 8 de Agosto, fecha en la cual habían desaparecido completamente tanto la albúmina en la orina como la mayor parte de los síntomas, persistiendo tan sólo la cefalalgia, que desapareció con una poción antiespasmódica. El 11 del mismo gozaba de completa salud y examinada por los medios de diagnóstico de que disponemos, constaté que se trataba de una presentación de pértice en posición izquierda. El 13 del expresado mes, viéndose la asilada del todo bien, pues decía que no sufría nada, solicitó su alta, la que me ví obligado á conceder le, á pesar mío, pues era mi deseo esperar el término del embarazo, el que conjeturo haya sido feliz, pues, habiendo analizado el mismo día de la salida, la orina presentaba ésta su composición y reacción normal y la completa ausencia de albúmina, ó lo que se agregaba su estado de salud perfecta.

Observación N° 5. María Delfina Padilla, natural de Otuzco, de 24 años, lavandera, soltera, de temperamento linfático y constitución débil. Ingresó al Hospital de

Santa Ana y ocupó la cama N.º 9 de la Sa
la de San Antonio el 24 de Junio último.
Antecedentes: Primípara, ménstrua desde
los 16 años, durante cinco días, su última
regla terminó el 20 de Diciembre del
año pasado. Siente los movimientos fe
tales desde hace un mes. Desde Enero, su
embarazo ha sido muy penoso, pues acu
só desde esa época una cefalalgia
frontal intensísima, gran pérdida de
la memoria, apatía intelectual, vómi
tos biliosos y alimenticios, insomnio, a
gitación, malestar, vértigos, un lumbag
persistente, alteraciones de la vista, consis
tentes en diplopia y fatiga visual, no pu
diendo fijar mucho tiempo la mirada
en un objeto; dolor epigástrico, disnea
intensísima, miembros inferiores, superio
res, cara, y sobre todo párpados, muy edel
matosos, sed viva, tinte anémico de los
más pronunciados. Con semejante cuadro
no trepidé en diagnosticar una albumi
nuria gravídica, diagnóstico que veí con
firmado con el resultado del análisis
de la orina, que fué el siguiente: cantidad
1300 gramos en 24 horas, reacción ácida,
densidad 1.021, sedimento abundante, que
al microscopio revelaba cilindros epitelia

les. Albúmina en la proporción de 4 gramos y medio en 24 horas. Sometida la gestante al régimen lácteo absoluto desde el día 27 de Junio hasta el 10 de Julio, fué disminuyendo la proporción de albúmina de modo que en la fecha ultimamente citada no alcanzaba sino á 40 centígramos en 24 horas, y sólo persistía la cefalalgia y el insomnio, que desaparecieron del todo el 14 del mismo. La gestante siguió sometida al mismo régimen hasta dos días después, en que no había ni traza de albúmina en la orina y aquella presentaba un aspecto enteramente distinto al del día de su ingreso, pues el tinte anémico y todos los trastornos anotados habían completamente desaparecido sin dejar vestigios.

En este caso, como en el anterior, la asilada no quiso permanecer en el Hospital hasta la época de su parto, dándosele de alta el día 17 de Julio.

Observación N.° 6. = Saturnina Chéves, natural de Cañete, de 25 años, cocinera, soltera, de temperamento linfático y constitución fuerte, ingresó al Hospital de Santa Ana y ocupó la cama N.° 12 de la Sala de San Antonio el 2 de Agosto del presente año.

Antecedentes. Primípara, salud anterior excelente, menstrua desde los 13 años, durante seis días y su último período terminó el 3 de Enero del presente año; está en el sétimo mes de su embarazo. A la inspección, mediante los medios de que disponemos, diagnostiqué una presentación de vértice, en posición izquierda. Además de todos los signos de embarazo, ofrecía á la vista un andar cá generalizado y sufusiones serosas bien marcadas, sobre todo en los párpados, maleolos y cavidad peritoneal siendo posible en esta última percibir la fluctuación; acusaba, además, gran dificultad para respirar, cefalalgia gravativa y oscurecimiento de la vista; pero eran las perturbaciones digestivas las que más dominaban, pues experimentaba sed viva, náuseas, vómitos alimenticios y biliosos, diarreas profusas, gran dolor en el vientre y exquisita sensibilidad en las paredes abdominales. Su estado general revelaba una depresión notable, su inteligencia muy obtusa y su facies era la de una persona debilitada por penosa y larga enfermedad, á pesar

de que hacía sólo un mes que se encontraba enferma.

Por el cuadro ya descrito y por la época en que estos síntomas aparecieron, supuse que se trataba de una albuminuria nacida en el gravidismo, diagnóstico que fué confirmado por el exámen de la orina, la que era muy escasa, pues no alcanzaba sino á 900 gramos en 24 horas, con una densidad de 1.030, reacción ácida, mucho sedimento y al microscopio cilindros epiteliales y glóbulos blancos, albúmina en la proporción de 3 gramos 90 ctgr. en 24 horas.

En vista de la gravedad del caso, la sometí al régimen lácteo exclusivo desde el día de su entrada haciéndole tomar dos litros de leche diarios; pero desgraciadamente la paciente no la soportaba bien, pues le aumentaban los vómitos y el dolor al vientre, por lo que tuve que optar por establecerlo paulatinamente, siguiendo el método de Tarnier ya indicado y usando la leche caliente y con Cognac, al que siguió sometida hasta el 10 de Agosto, en que

sólo presentaba tres gramos de albúmina, el 12, dos gramos; el 14, un gramo, 50 ctgrs.; el 17, sin causa justificada, subió nuevamente á 3 gr. 20 y las diarreas se hicieron sanguinolentas y acompañadas de gran tenesmo, por lo que hubo que combatirlas y suspender enteramente la leche hasta el 20 del mismo, en que la volví á someter al régimen lácteo exclusivo, usando la leche caliente y con agua de Vichy, de cuyo modo pudo soportarla sin ningún trastorno digestivo, hasta el día 28, en que la cantidad de albúmina había bajado á 80 ctgrms. Dos días después, vuelta la intolerancia por la leche, fué sometida al régimen mixto, perdiéndose lo ganado, pues subió la cantidad de albúmina hasta 4 gr. 50. Entonces traté de convencer á la paciente de que debía someterse estrictamente á este régimen durante varios días consecutivos y vencer su repugnancia por la leche, lo que pude conseguir cortando ésta con agua de cal. Desde entonces van desapareciendo paulatinamente los edemas, y los trastornos digestivos, la

disnea, la cefalalgia y las turbaciones visuales desaparecieron completamente, la cantidad de orina fué aumentando tambien paulatinamente y la cantidad de albúmina disminuyendo: el día 9 de Setiembre era de un gramo, el 11, de 0 gr. 60, el 13 de 0 gr. 40 en 1500 gramos de orina, emitidos en 24 horas. El estado general de la enferma había ganado bastante; el edema abdominal había desaparecido, al punto de que permitía oir los latidos fetales.

Este es el estado actual de la enferma, hoy 15 de Setiembre, el que me hace esperar un feliz término de su embarazo (que calculo acaecerá en los primeros días de Octubre), siempre que, como lo vengo logrando, no vuelva su repugnancia por la leche, que ha sido causa de la demora en su curación, pues tengo expuesto en el curso de este trabajo, que el abandono del régimen lácteo absoluto, aun cuando sea para emplear el régimen mixto, trae consigo un retroceso en la curación.

Observación N.° 7. — Bernarda Sánchez, natural de Huánuco, de 35 años, soltera, de tempera

mento nervioso y constitución débil, ingresó al Hospital de Santa Ana el 24 de Julio y ocupó la cama N.º 26 de la sala de San Antonio.

Antecedentes. Salud anterior no muy satisfactoria, pues desde niña había sido muy enfermiza y hace 18 meses estuvo muy grave, á consecuencia de una escarlatina, y según referencias suyas orinaba muy poco, con suma dificultad y de color de sangre. Desde aquella época, con frecuencia, padece de la orina acusa, además, náuseas, cefalalgia, palpitaciones del corazón, hinchamiento de las extremidades abdominales, dolores renales y sequedad de la boca. Ménstrua desde los 17 años, durante tres días, su último período terminó el 29 de Noviembre del año pasado, de modo que tiene ocho meses y medio de embarazo, y es primípara.

Mediante los medios de diagnóstico de que disponemos, constaté que se trataba de una presentación de vértice, en posición izquierda, variedad anterior. feto vivo.

Estado actual. A la inspección, acusaba, además de los signos de

embarazo, grandes trastornos visuales y anasarca generalizada, á los que se agregaban los trastornos que ya he mencionado padecía desde tiempo atrás y que el embarazo había agravado, con sufuciones en las serosas, y en las sinoviales articulares, en especial. Intensísima, hipertrofia del corazón, oulva edematosa, mirada apagada, apetito disminuido. Hecho el análisis de la orina, dió el siguiente resultado: cantidad 500 gramos en 24 horas, color subido, mucho sedimento, densidad 1.026, albúmina en la proporción de 6 gramos. Al microscopio, cilindros epiteliales y glóbulos grasosos en corto número.

En vista de estos datos, creí se trataba de una albuminuria, que los antecedentes expuestos por la enferma me autorizaban á suponer que no era gravídica sino agravada en el embarazo, y cuyo orígen se remontaba á la escarlatina, la que había producido una nefritis infecciosa, revelada en su principio por los síntomas manifestados por la paciente, que no siguió una marcha rápida sino

que por el contrario progresó lentamente, hasta que, iniciado el embarazo, empezó á desenvolverse con creciente gravedad.

No obstante estas reflexiones, sometí á la paciente al régimen lácteo absoluto desde el día de su ingreso, pero á pesar de haber seguido este régimen del 24 al 26 de Julio, hasta esta última fecha la enferma no había avanzado nada; por el contrario, los síntomas habían aumentado de intensidad, la cantidad de orina era de 450 gramos y orinaba con suma dificultad é intenso dolor. A las 11 a. m. del mismo día 26 se inició el trabajo; á las 6 p. m. estaba en dilatación completa, con contracciones muy débiles. Así pasó toda la noche y á las 8 a. m. del 27 las contracciones se hicieron enérgicas y en el momento en que la cabeza franqueaba el estrecho inferior, estalló un ataque de eclampsia, y á las 9 y 5 m. dió á luz un feto del sexo femenino, que nació en estado de muerte aparente, pero que se logró que saliera de este estado. Las dimensiones del feto eran: longitud 49 centímetros, peso 2,800 gramos, y la placenta

500 gramos. El alumbramiento tuvo que hacerse artificialmente, y como consecuencia se produjo una hemorragia abundantísima, que felizmente se llegó á cohibir.

Iniciado el puerperio, fué de lo más delicado, pues desde el día 8 aparecieron síntomas sépticos, con fiebre de 40 grados, y á pesar de repetidos lavados intra-uterinos y del tratamiento más adecuado al caso, no se consiguió adelantar nada, el estado general de la paciente se agravaba, la albúmina persistía, se presentó el edema del pulmón con una disnea intensísima que se agravaba en las noches y una sensación de angustia torácica especial. La insuficiencia urinaria se hacía cada vez mayor y la uremia terminó con la vida de la paciente el 9 de Agosto.

Necrópsia. = Hecha la autópsia, procedí á investigar el estado del riñón, el que presentaba los caractéres propios del grueso riñón blanco. En efecto, este era voluminoso, pálido, de color nacarado, se dejaba desprender fácilmente de su cápsula, y al quitar ésta, se le encon-

traba perfectamente liso. Al corte, la sustancia medular era roja y el color de las pirámides parecía poco alterado, no así la sustancia cortical, que estaba espesada, de color amarillo, ofreciendo ciertos puntos más salientes y rojos.

Por los resultados de la autópsia creo, pues, que no se trataba de una albuminuria gravídica sino de una nefritis infecciosa, que el embarazo, agravándola, había hecho pasar al estado de mal de Bright.

Tal es el trabajo que me permito presentar á esta docta Institución, en obedecimiento de las prescripciones reglamentarias, impetrando de la benevolencia del Jurado no tenga en cuenta sus no escasas incorrecciones ni su no pequeña extensión, sino que vea en él traducido mi deseo de ofrecerle algo digno de él y de las gloriosas tradiciones de esta Escuela, de la que se honra en ser alumno

Manuel J. Velaochaga

Lima, Setiembre 20 de 1899.

Li

Lima, á 26 de Setiembre de 1899.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 308, del Reglamento General de Instrucción: Nómbrase para componer el jurado que deberá examinar al graduando Don Manuel Y Velavchaga á los Catedráticos Benavides, Carvallo y Fernández Concha.

Téller

M. C. Barrios

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de Ingreso 12795
No. de la clasificación

UNMSM - FACULTAD DE MEDICINA
010000067898