

**Lección clínica en la enfermería sobre el caso de
pleuresia con derrame sero-fibrinoso
de la hoja clínica núm. 48**

El caso clínico que vamos á estudiar hoy, será seguramente de los que más gravados queden en vuestra memoria, y de aquellos cuyo recuerdo ha de seros más útil en los primeros años de vuestra práctica profesional. Es también de los que merecen anotarse, porque pueden aportar un grano de arena para el edificio del progreso contribuyendo al esclarecimiento de un punto de patología que hoy está en litigio: la naturaleza de las pleuresias primitivas, y por ende, el porvenir de los pleuríticos.

En él habéis aprendido á reconocer los signos físicos de una enfermedad, que muy frecuentemente tendréis que tratar en vuestra práctica, y que en algunas ocasiones, como precisamente ha sucedido en este caso, exige una intervención de urgencia para impedir que el enfermo pueda morir subitamente. A la cabecera de la enferma hemos procurado que apreciarais con claridad los referidos signos, y hemos explicado el valor que todos y cada uno de ellos tienen, para diferenciar la pleuresia con derrame de las demás enfermedades con las que puede confundirse, y para guiar al médico en el tratamiento.

Hoy hemos de hacer una recopilación y aplicación de todo lo dicho, y á la vez os espondré el resultado de cuantas investigaciones complementarias hemos emprendido, para poder predecir el porvenir que espera á esta enferma, y para aportar datos en favor ó en contra de las dos opiniones que hoy campean en la ciencia para explicar la etiología de estas pleuresias: la de los que creen que son siempre de naturaleza tuberculosa, y la de los que, conformes con la medicina tradicional, suponen, que sin el concurso del bacilo de Koch, y sólo por la influencia de un enfriamiento, pueden producirse.

Al referirnos esta enferma que su enfermedad había principiado tres días antes con escalofríos repetidos, fiebre, dolor

de costado y tos, pensamos enseguida en una afección aguda de pecho, y en cuanto nos dimos cuenta á la ligera de su hábito exterior y estado general, pasamos enseguida á reconocer detenidamente la caja torácica.

En ella encontramos signos físicos anormales y limitados á uno de sus lados, el izquierdo, y por consiguiente empezamos por descartar las bronquitis, bronco-pneumonias de núcleos diseminados y demás enfermedades que invaden á la vez los dos pulmones.

De entre las afecciones unilaterales, no nos costó tampoco gran trabajo eliminar la pulmonía fibrinosa por ser la fiebre poco elevada, la tos seca, la macidez de la base absoluta, y sobre todo, porque las vibraciones vocales estaban completamente abolidas en la zona maciza. Por estos mismos signos desechamos también la posible existencia de una congestión aguda tipo Woillez, de una bronco-pneumonía de forma pseudo-lobular, de una gangrena pulmonar, y de una pulmonía tuberculosa, pues en todas estas enfermedades, con otros signos característicos, están exageradas las vibraciones vocales en la zona donde el sonido percutorio es oscuro.

Tampoco fué difícil desechar la existencia de un pneumotorax, por ser enfermedad, que si bien da lugar á inmovilidad de uno de los lados del torax con ampliación, silencio respiratorio y abolición de las vibraciones vocales, como se observaba en el lado izquierdo de nuestra enferma, en cambio á la percusión debiera obtenerse un sonido timpánico, lo contrario precisamente de lo que nosotros comprobamos.

No se nos pasó por la imaginación que pudiera tratarse de un tumor del mediastino ó pulmón izquierdo, porque presentándose la enferma con todos los signos de una afección aguda y febril, y habiéndonos dicho que tres días antes estaba completamente sana, la diferenciación diagnóstica debía hacerse solamente con las enfermedades de curso rápido.

Todos los signos físicos recogidos, constituían lo que se ha convenido en llamar síndrome pleurítico: inmovilidad y distensión de uno de los lados del torax, macidez y resistencia á la percusión, abolición de las vibraciones torácicas, desapa-

rición del murmullo vexicular y percepción de soplo bronquial y pectoriloquia. Este síndrome no es sin embargo patognomónico de la pleuresia con derrame, porque con ligeras diferencias, no siempre apreciables en una observación á la ligera, puede presentarse, en las pericarditis, hidrotorax, abscesos, quistes y tumores abdominales de evolución torácica, en las pleuras rellenas de antiguas falsas membranas, y sobre todo, en la enfermedad recientemente estudiada y conocida generalmente con el nombre de spleno-pneumonía ó enfermedad de Grancher.

La verdad es que en este caso la forma de la línea que limitaba superiormente la zona de macidez, la falta de abombamiento precordial, y la percepción clara del choque de la punta del corazón, nos hicieron pensar muy poco en la pericarditis, y que estos mismos caracteres, con la ausencia de antecedentes y signos abdominales, también nos permitieron desechar enseguida la posibilidad de que algo abdominal simulara un derrame pleurítico. El hidrotorax solamente se descartó cuando se comprobó la ausencia de signos que indicaran cardiopatía, nefropatía ó discrasia. La pleuresia seca, muy rara vez produce abolición de las vibraciones vocales de una manera tan completa, y de todos modos, si hubiera de presentar este síntoma, sería cuando la inflamación de la pleura datara de bastante tiempo, y nunca á los tres días de iniciarse.

Quedábanos ya sólo por diferenciar la enfermedad de Grancher, y como realmente es la que más desagradables sorpresas puede ocasionar, vamos á detenernos un momento en este punto del diagnóstico.

La enfermedad de Grancher es, según algunos autores, una pulmonía masiva con obstrucción de los bronquiólillos por exudado fibrinoso, y para otros una sencilla congestión aguda bronco-pulmonar; de todos modos, lo que á nosotros nos importa principalmente saber es, que en la clínica puede confundirse con los derrames pleuríticos porque en la parte inferior de uno de los lados del pecho puede observarse: inmovilidad, macidez, resistencia, abolición de las vibraciones

vocales, desaparición del murmullo vexicular, soplo bronquial y egofonia. El diagnóstico diferencial entre esta enfermedad y los derrames pleuríticos es siempre difícil, y en algunas ocasiones imposible, si no se practica la punción exploradora; por eso es convenientísimo acudir siempre á este procedimiento exploratorio cuando se cree indicada la intervención quirúrgica, porque si bien las punciones en blanco no suelen causar gran daño á los enfermos, perjudican á la reputación del médico.

Nosotros también hicimos una punción exploradora antes de practicar la toracentesis en esta enferma; pero antes ya habíamos procurado precisar el diagnóstico buscando, y encontrando, la mayor parte de los signos que permiten hoy establecer el diagnóstico diferencial entre los derrames pleuríticos y la spleno pneumonía. Son indicadores de pleuresia: el signo de Pitres, la desaparición del sonido timpánico en el espacio de Traube, la reaparición brusca, y hasta exagerada de las vibraciones vocales inmediatamente por encima de la línea que limita superiormente la zona maciza, la falta de estertores crepitantes, y la claridad de la egofonia. En nuestra enferma, como la ampliación torácica no era considerable, no había tampoco asimetría torácica y el eje del esternon coincidía con la cuerda que pusimos tirante desde el centro de la horquilla hasta la parte media de la sínfisis pubiana (la falta de esta coincidencia, y la desviación del apéndice xifoides hacia el lado sano, constituye el signo de Pitres); no había tampoco egofonia, pero en cambio, la completa macidez del espacio de Traube, el no reaparecer las vibraciones vocales gradualmente, y el no apreciarse estertores de ninguna clase en la zona maciza, permitieron afirmar con seguridad, casi absoluta, que no se trataba de un caso de enfermedad de Grancher.

La naturaleza del derrame se puede sospechar por los antecedentes etiológicos, por el estado general, y por los signos que proporciona la exploración de la caja torácica; pero no se puede afirmar con completa seguridad, más que haciendo una punción exploradora. En la mayor parte de los casos las pleuresias que se presentan como enfermedades primitivas, dan

lugar á un derrame sero-fibrinoso; sólo por excepción se encuentra un derrame purulento ó hemorrágico en casos como el de nuestra enferma, que estando completamente sana hace tres días, no presenta hoy más síntomas que los que produce la pleuresia. Teniendo además en cuenta, que la fiebre era moderada, el tipo de ella continuo, y el estado general bueno; que en ninguna parte del organismo encontramos indicios de streptococia, estafilococia pneumococia ó colibacilosis; que tampoco había síntomas de caquexia ó discracia hemorrágica, y que en la pared torácica no había edemas, aun antes de hacer la punción exploradora, nos permitimos afirmar que se trataba de un derrame sero-fibrinoso.

Es de capital importancia cuando se ha diagnosticado una pleuresia con derrame, precisar aproximadamente la cantidad de líquido que contiene la cavidad pleurítica, porque ella será la que nos indique cuál ha de ser el tratamiento. La pleuresia sero-fibrinosa es una enfermedad con dos períodos bien definidos: El 1.º febril y con formación de exudado; el 2.º apirético y de reabsorción más ó menos rápida del líquido. Si la cantidad del derrame no es considerable, podemos y debemos aguardar á que pasado el período febril se vaya reabsorviendo espontáneamente, y el tratamiento debe limitarse á combatir algún síntoma, y á coadyuvar con una intervención poco activa al trabajo natural del organismo; sólo cuando el trabajo de reabsorción se estaciona ó va muy lentamente, está indicada la evacuación del derrame durante el período apirético. Muy otra debe ser nuestra conducta cuando el derrame es desde los primeros días considerable, porque entonces, antes de que termine el período de incremento, la compresión de los órganos del mediastino puede producir accidentes gravísimos y hasta la muerte repentina. ¿Cómo conoceremos nosotros que corren este peligro los enfermos? Leed el capítulo *pleuresia* en las obras de Dieulafoy, porque nadie como este sabio maestro ha expuesto cuanto debe saberse para precisar las indicaciones de la toracentesis de urgencia; son libros que todos manejáis, y que por consiguiente, yo no debo copiar. Guiados por sus sabias enseñanzas, nosotros vigilamos cuida-

dosamente en nuestra enferma, la dislocación de la punta del corazón, la altura y forma de la línea limitante de la macidez, los caracteres del pulso, y la frecuencia de la respiración, y en cuanto vimos que el pulso era frecuente, blando y pequeño, y que la punta del corazón latía á la derecha del apéndice xifoides, practicamos la toracentesis sin aguardar á que terminara el período febril, por creer que con esta operación llenábamos una indicación vital.

• Practicando la punción con la aguja número 2 del aparato aspirador de Potain, extrajimos lentamente un litro de exudado, dejando en la cavidad pleurítica una cantidad quizás todavía mayor, siguiendo también en esto los consejos de Dieulafoy, para conjurar de momento el peligro y no exponernos á los accidentes de la decompresión brusca del pulmón. Elegimos para practicar la punción el octavo espacio intercostal y la línea escapular, por ser este el sitio donde la evacuación se verifica con mayor facilidad, y el de elección, por consiguiente, cuando, como sucedió en nuestra enferma, el grosor de la pared torácica no es considerable.

Después de practicada la toracentesis, trazamos cuidadosamente en la pared torácica la línea limitante de la zona de macidez, y el sitio donde latía la punta del corazón, con objeto de seguir paso á paso la evolución del derrame, y conocer si debíamos ó no repetir la operación. En los ocho días subsiguientes, continuó la fiebre, y el nivel del derrame se elevó, pero en reducida extensión y sin llegar á producir gran desviación del corazón; así es, que con los cuidados higiénicos y los diuréticos pudimos esperar hasta que empezó á iniciarse el decrecimiento. Una vez terminado el período febril, vimos como iba por días reabsorviéndose el derrame, y como al fin, á los 24 de haber practicado la punción, pudo darse el alta á esta enferma completamente curada.

Una vez que desapareció el peligro de los primeros días, nuestra preocupación fué pronosticar el porvenir de esta enferma, pronóstico que dependía de averiguar si la pleuresia que estaba padeciendo era ó no tuberculosa.

Poco nos importaba, ni teórica ni prácticamente, que lo

que parecía pleuresia á frígori, fuera en realidad la manifestación de una infección reumática sin localizaciones articulares ó una pneumocócía pleurítica sin localización pulmonar; pero era de capital interés resolver, si el bacilo de Koch había sido el agente causal de su enfermedad.

No creo exagerada la opinión de los que sostienen que la mayoría de las pleuresias que parecen producidas por el frío, son en realidad tuberculosas, y que éstas pueden presentarse en sujetos en apariencia sanos, y curar, por el momento, sin que en el exudado se encuentre el bacilo de Koch; pero sí creo insostenible la de los que afirman que toda pleuresia primitiva, en la que no se encuentren otros micro-organismos, es producida por el de Koch.

Se fundan los que sostienen este criterio exclusivista, en que la naturaleza tuberculosa de las pleuresias primitivas, se manifiesta por todos ó alguno de los caracteres siguientes: 1.º antecedentes hereditarios tuberculosos en los que la padecen; 2.º antecedentes personales reveladores de haber padecido con anterioridad otras manifestaciones bacilares; 3.º coexistencia de tuberculosis latente ó manifiesta de pulmón, gánglios, laringe ó peritóneo; 4.º hallazgo en las autopsias de lesiones tuberculosas en las hojas pleuríticas; 5.º resultado positivo de la investigación del bacilo en el exudado; 6.º provocación del proceso tuberculoso en los conejos, cuando se les inyecta el líquido sero-fibrinoso en apariencia estéril, y 7.º frecuencia con que se observa el desarrollo ulterior de la tuberculosis pulmonar.

A excepción del estudio anatómo-patológico de la serosa pleurítica, que afortunadamente no hemos tenido ocasión de hacer, y de lo que al porvenir de esta enferma se refiere, todo lo demás ha sido en este caso investigado cuidadosamente, y hé aquí el resultado:

1.º No hay antecedentes hereditarios de tuberculosis, pues lejos de haber padecido esta enfermedad sus antepasados y colaterales, todos han logrado larga vida y salud floreciente, y únicamente su madre murió á los 45 años; pero fué á consecuencia de una pulmonía y tras breves días de padecimiento.

2.º En su historia patológica no se cuentan otras enfermedades que el sarampión, paludismo y forunculosis, que evolucionaron y curaron por completo y rápidamente, habiendo tenido después excelente salud.

3.º El reconocimiento detenido de todos los órganos donde puede evolucionar insidiosamente el proceso tuberculoso, nos reveló su completa integridad. Para que sobre esto no hubiera la más pequeña duda, la aparición de un ligero catarro bronquial nos permitió recoger esputos y hacer repetidas veces su análisis bacteriológico, siempre con resultado negativo.

4.º Los caracteres físicos y químicos del líquido extraído por toracentesis, eran los correspondientes al exudado francamente inflamatorio con proporción considerable de albúmina, y el análisis bacteriológico, demostró ausencia del bacilo de Koch.

5.º Por si los bacilos realmente existían, y dada su escasa cantidad, ó distinta morfología, no podían encontrarse en el examen en laminillas, acudimos al reactivo más sensible, inoculando el exudado en la cavidad peritoneal del conejillo de Indias, siendo también esta prueba de resultados negativos.

Nos falta sólo observar á esta enferma durante un tiempo suficiente, para saber si tras de esta pleuresia evoluciona la tuberculosis pulmonar. Procuraremos hacerlo; pero si en plazo más ó menos remoto, esta enferma se nos presentara con lesiones tuberculosas en los pulmones, deberíamos deducir que el resultado negativo de las demás investigaciones no tiene ningún valor, y que esta pleuresia ha sido ciertamente tuberculosa? A mi juicio, la consecuencia no sería lógica. En primer lugar, la pleuresia nadie ha dicho que dé inmunidad contra la tuberculosis pulmonar. En segundo, sin ser de naturaleza tuberculosa, puede, y de hecho es, una de las causas que predisponen, puesto que el pulmón del lado afecto ha sufrido compresiones de las que no se repara tan pronto, y lo que es peor, tras de los derrames pleuríticos, quedan falsas membranas y bridas que dificultan la libre expansión del pulmón.

Por todas estas razones me permito afirmar, que la pleuresia de esta enferma no ha sido tuberculosa, y que puede sumarse con las demás que se aducen para sostener, *que hay pleuresia con derrame sero-fibrinoso, primitivas y no tuberculosas.*

De esta conclusión no puede deducirse que una vez pasada, y curada aparentemente la pleuresia, ya no debemos preocuparnos de los enfermos. Por el contrario, se les debe considerar, por el hecho de haber pasado esta enfermedad, como predisuestos á la tisis pulmonar, y tanto en la convalecencia, como después, deben estar sometidos á los cuidados higiénicos que reclaman esta clase de individuos, los mismos que se preceptúan á los que han pasado el sarampión, la coqueluche, la gripe, las bronco-pneumonías, y todas las demás enfermedades que por modificación del terreno, pueden favorecer la implantación y germinación del bacilo de Koch en el aparato respiratorio.

Peri-amigdalitis flemonosa.

HOJA CLÍNICA NÚM. 49.

Sala de S. José n.º 9. Alumno observador: D. Jaime Alomer Botet.

F. G. de 41 años, casado, natural de Tarazona (Zaragoza), vecino de Barcelona, albañil, y de costumbres desarregladas, abusando de las bebidas alcohólicas.

Sus padres padecieron afecciones del estómago. Ha tenido cinco hijos que han muerto todos en edad temprana á consecuencia del sarampión y sus complicaciones. Han sido ocho hermanos, de los que solo vive él, habiendo muerto los demás en la infancia.

En los primeros años de su vida padeció sarampión y bronquitis. A los siete una fiebre tifoidea que duró un mes. Desde hace algunos años viene padeciendo del estómago, y aquejando piroxis y vómitos pituitosos por las mañanas.

Habiendo sufrido enfriamiento y mojaduras, principió la enfermedad actual el día 30 de Noviembre último con escalofrios, quebrantamiento, dolor en las fauces, disfagia, voz gangosa y cuello rígido. Los escalofrios se repitieron varias veces en los tres primeros días de enfermedad, y á juzgar por el aplanamiento y malestar general, ha debido tener bastan-

te fiebre. Los síntomas faríngeos fueron creciendo en intensidad, llegando á serle imposible la deglución de toda clase de substancias. En la noche del día 2 de Diciembre, debió abrirse algún foco de supuración por que notó sabor repugnante y olor fetidísimo, coincidiendo esto con el alivio de la disfagia. Ingresó en la clínica el 3 de Diciembre.

Es un hombre de constitución fuerte é inteligencia poco cultivada.

Está en cama adoptando indiferentemente todos los decúbitos. Piel turgente y de buen color. Tiene una anquilosis, en flexión, de la rodilla izquierda, consecutiva á un antiguo traumatismo. Temperatura 37,8, Pulso fuerte y amplio, latiendo 84 veces por minuto.

Lengua saburrosa. Fetidez de aliento. No puede abrir completamente la boca, y hay rigidez del cuello con contractura del esterno-cléido-mastoideo é infartos ganglionares en la parte izquierda de la región submaxilar.

La cámara posterior de la boca presenta un enrojecimiento difuso, apreciándose además edema en la úvula y en el velo del paladar. El pilar anterior izquierdo hace prominencia hacia adelante, tiene un color ligeramente violáceo y presenta una perforación por donde fluye pus cuando se comprime en la región submaxilar. La amígdala izquierda está roja, abultada, cubierta de exudado pultáceo y presenta también algunos puntos por donde fluye pus al comprimir.

Inapetencia absoluta, algo de sed y estreñimiento.

DIAGNÓSTICO

Peri amigdalitis flemonosa.

PRONÓSTICO

Por el momento no ofrece gravedad, y si no se presentan complicaciones su enfermedad terminará pronto por la curación.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

El día de su ingreso se le dispusieron gargarismos con la disolución de resorcina al 2/00; dieta lactea y un purgante.

El día 4, el enfermo estaba apirético, y los trastornos funcionales habían mejorado notablemente. La tumefacción del velo del paladar y de la amígdala era menor, y apenas se notaba la existencia de pus.

En los días siguientes la mejoría continuó, y el día 6 pudo darsele alta por curación.

Estrechez del exófago. Infección variólica intercurrente que agravó la lesión exófagica, exigiendo la gastrostomia con urgencia.

HOJA CLÍNICA NÚM. 50.

Sala de S. José n.º 15.

Alumno observador: D. Luis Barberá

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

S. T. de 22 años, soltero, natural de Castellá del Vallés, cartonero y de costumbres arregladas.

El padre murió en un ataque apoplético. La madre padeció ataques, probablemente histéricos. Sus hermanos han gozado siempre de buena salud.

En los primeros años de su vida padeció difteria. Dos meses antes de iniciarse los síntomas del padecimiento actual, ó sea á primeros de Enero del año 1902, pasó una temporada con molestias gástricas, consistentes, en sensación de constricción epigástrica y dolores intensos que se calmaban después de la ingestión de alimentos para reaparecer á las dos ó tres horas, y en eructos y rejurgitación de líquidos muy ácidos. Estos síntomas fueron desapareciendo sin que para ello se sometiera á tratamiento médico.

Como causas del padecimiento actual, sólo pudiera contarse el abuso que ha hecho de comidas picantes.

Hace unos siete meses empezó á notar que le costaba trabajo deglutir los alimentos sólidos, y que cuando lo intentaba le producían un dolor en la parte más baja de la región esternal con irradiaciones hacia el hipocondrio izquierdo, espulsando, con náuseas y vómitos, el bolo alimenticio que no había logrado deglutir. La disfagia fué acentuándose hasta el extremo de que, en algunas ocasiones, ni aun los alimentos líquidos podían llegar hasta el estómago, persistiendo durante muchas horas los dolores que le ocasionaban las tentativas de deglución. En estas condiciones ingresó en la clínica el día 17 de Octubre.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR.—Es un sujeto bien conformado, de fisonomía animada é inteligente, ojos vivos y color moreno, enjuto de carnes, pero todavía bien nutrido. Su piel está seca, y se conoce que ha enflaquecido en poco tiempo, porque le sobra cubierta cutánea. Con-

serva energía suficiente, y, cuando no trata de deglutir, acusa bienestar completo, sin que haya alteración de la temperatura.

SENSACIONES ANORMALES Y TRASTORNOS FUNCIONALES.—Tiene buen apetito y algo de sed. Cuando ingiere agua ó leche se le ve hacer esfuerzos para lograr que pasen estas sustancias al estómago. Al tratar de deglutir un bolo alimenticio, aunque sea pequeño y blando, acusa sensación de atascamiento y dolores detrás del apéndice xifoides; algunas veces logra hacerle pasar hasta el estómago y entonces desaparecen por el momento las molestias; pero en la mayor parte de las ocasiones le devuelve tal como le había ingerido. Algunas días siente molestias en la región epigástrica á las tres horas de haber ingerido alimentos, y al cabo de poco tiempo se producen algunas deposiciones diarréicas.

EXPLORACIÓN DEL EXÓFAGO.—Haciéndole deglutir un sorbo de agua y auscultando mientras tanto sobre la parte izquierda de la columna vertebral, se percibía claramente el ruido de glu-glu hasta la 8.^a vertebral dorsal, donde cesaba de repente, y si se continuaba auscultando á este nivel, al cabo de un corto rato se oía un nuevo ruido hidro-aéreo que cesaba en cuando el líquido había salvado la estrechez. Introduciendo el explorador de ballena con olivas de marfil, pasaba con alguna dificultad la del núm. 1 y se detenía la del núm. 2, viéndose entonces que desde el extremo de la oliva hasta la parte del tallo que tocaba á la arcada dentaria superior había una distancia de 33 ctms., lo cual indicaba, que el explorador se había detenido á 7 ctms. próximamente por encima del cardias. Cuando se introducía la oliva núm. 1, pasaba oprimida hasta llegar al estómago, y otro tanto ocurría al sacarla, demostrando esto, que la estrechez es canicular y no desaparece hasta atravesar el cardias. Los esfuerzos para introducir la oliva núm. 2 produjeron ligera hemorragia. Por encima del punto estrechado no se aprecia, con el explorador, dilatación de ninguna clase, y como por otra parte nunca vomita ni rejurgita sustancias fétidas, es de suponer que no hay divertículos exofágicos. Con sondas y bujías cónicas, se vió, que con un ligero esfuerzo pasaban las inferiores al núm. 18, y sólo con fuertes presiones, y en varios días, se consiguió pasar hasta el núm. 26; pero esto sólo se lograba, provocando dolores y hemorragias.

EXPLORACIÓN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Choque precordial y tonos del corazón algo débiles. Pulso blando, regular y algo frecuente, contándose, por término medio, 86 pulsaciones por minuto. Sistema nervioso íntegro, durmiendo tranquilamente todas las noches. Orina clara, y sin contener sustancias anormales.

DIAGNÓSTICO

Estrechez exofágica, situada en la último porción, y comprendiendo una extensión de unos siete centímetros.

PRONÓSTICO

Grave, por el sitio, la extensión y el grado de la estrechez.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Alimentación líquida compuesta de leche, huevos, caldo con somatosa y vino. Para disminuir los dolores y combatir el espasmo, que contribuye á que en muchas ocasiones sea infranqueable la estrechez, se dispuso el día de su ingreso la siguiente poción: Cocimiento de altea, 200 gramos; bromuro potásico, 6 gramos; clorhidrato de cocaína, 20 centigramos; jarabe s., 30 gramos, m. para administrar una cucharada cinco minutos antes de tomar alimento. Dilatación gradual con la serie de bujías exofágicas cónicas.

DÍA 18 DE OCTUBRE.—Pasan las sondas números 18, 22 y 26. Inmediatamente después del cateterismo puede tomar con relativa facilidad, un plato de sopa; pero á las pocas horas no puede ya ingerir más que líquidos.

DÍAS 20 Y 21.—Sesiones de cateterismo con los mismos números, é igual resultado inmediato. Al sacar la sonda núm. 26 se la ve manchada de sangre.

DÍAS 22 AL 24.—Solo pasan los números 18 y 22. Se le manda tomar 1 gramo de bromuro potásico una hora antes de la sesión de cateterismo.

DÍAS 25 AL 29.—Continúan las sesiones de cateterismo y se logra que con facilidad, y sin provocar hemorragia, pase hasta la sonda núm. 26. Puede tomar sopa, tortilla y toda clase de alimentos blandos y el enfermo pide el alta, ofreciendo venir á la clínica para continuar el tratamiento.

DÍA 20 DE NOVIEMBRE.—El enfermo, que no había seguido nuestros consejos, se ve obligado á pedir nuevo ingreso en la clínica porque hacía varios días que no podía tragar más que líquidos, y en algunas ocasiones con dificultad. No puede pasar más que la sonda núm. 18.

DÍA 22.—Pasan los números 18 y 22.

DÍA 24.—Con mucho tiempo, y algún esfuerzo, se logró que pasara hasta el núm. 26. Pesaba en este día 38,5 kilos.

DÍAS 25 DE NOVIEMBRE Á 2 DE DICIEMBRE.—Continúan las sesiones de cateterismo llegando otra vez al núm. 26. Vuelve á poder deglutir alimentos blandos, y en los días transcurridos desde la anterior pesada, ha ganado 1 kilo.

DÍA 9 DE DICIEMBRE.—Han seguido las sesiones de cateterismo sin

lograr hacer penetrar números superiores al 26. En este día se queja de que el paso de la sonda le ha producido un dolor muy intenso y se le prescribe una inyección hipodérmica con un centígramo de cloruro mórfico. Pesado, se ve que ha perdido medio kilo en siete días.

DÍA 10 DE DICIEMBRE. - Cateterismo con las sondas números 26 y 28; esta última ha pasado con gran dificultad y provocando hemorragia.

En las últimas horas de este día el enfermo siente escalofríos, con cefalalgia y malestar general. El día 11 fué festivo y no le vimos.

DÍA 12.—Sigue con cefalalgia intensa. La lengua está saburrosa. La temperatura es de 38°,3 á las 10 de la mañana, y de 38°,5 por la tarde. El pulso á las mismas horas, late 120 y 130 veces por minuto. Se le prescribe: calomelano y polvo de jalapa. aa. 50 centigramos, en un papel.

DÍA 13.—Evacuó abundantemente y aqueja menos cefalalgia. Por la mañana 38° y 112 pulsaciones. Por la tarde 38°,4 y 116 pulsaciones.

DÍA 14.—Se empezó á notar una dermatosis con los caracteres de la variolosa y se le traslada á la sala de aislamiento, donde sigue asistido por el Profesor Auxiliar Dr. Jaumandreu, que nos remite las siguientes notas:

«La erupción es discreta y se le prescribe solamente una poción sudorífica. La temperatura es de 37°,8, con 104 pulsaciones.»

«DÍA 17.—Empiezan á trasformarse las pápulas en vexículas. Sigue practicándose el cateterismo.»

«DÍA 19.—El cateterismo es muy doloroso y provoca hemorragia, aun practicándole con la sonda núm. 18, por lo cual hay necesidad de suspenderle.»

«Empiezan á iniciarse la supuración, ascendiendo la temp^a. á 38°,3.»

«DÍA 20.—Las pustulas de la palma de la mano se reúnen formando ampollas, que por estar recubiertas de epidermis callosa son duras, aquejando en ellas dolor espontáneo, y provocándole la presión. Como estos dolores le impiden conciliar el sueño hay que emplear tópicos calmantes.»

«DÍA 24.—Hacia cinco días que no se sondaba el exófago, y la disfagia aumentó hasta el extremo de que, con dificultad grande, lograba pasar solamente algunos sorbos de leche.»

«DÍA 26.—Imposibilidad completa para ingerir la leche. No se logra hacer pasar ni las bujías mas delgadas. Enemas alimenticios.»

«La imposibilidad de ingerir líquidos continua en los días sucesivos, y como sigue siendo infranqueable la estrechez, aun para las sondas de los números más bajos, y el enfermo se demacra rapidamente, se reclama el concurso del Catedrático de Operaciones, Doctor Morales Perez, que practicó la gastrostomía con resultado operatorio satisfactorio, cuando aun muchas pustulas contenian pus.»

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de estrechez exofágica, de la hoja clínica núm. 50

Cuando un enfermo se queja de disfagia, y refiere como éste, que el bolo alimenticio se le atasca en la porción torácica del aparato digestivo, casi seguramente se trata de una estrechez del exófago; el problema diagnóstico tiene solamente algunas dificultades, cuando se quiere pasar á precisar el sitio, extensión, grado, naturaleza y complicaciones de la estrechez.

Como quiera que el cateterismo del exófago es el procedimiento exploratorio que más datos proporciona para el diagnóstico de esta enfermedad, á él hay que recurrir en todos los casos; pero no de buenas á primeras, sino después de explorar detenidamente la caja torácica, para estar seguros de que puede introducirse la sonda sin peligro. En algunas ocasiones el exófago está estrechado, porque un aneurisma de la aorta, un derrame del pericardio, ó un tumor del mediastino, aplastan este conducto, y si desconociendo esta causa de estrechez se introduce el cateter en el exófago, y con alguna fuerza se trata de vencer el obstáculo que encuentra para su libre paso hasta el estómago, las consecuencias pudieran ser fatales, sobre todo en el caso de que se tratara de un aneurisma, porque su rotura produciría probablemente una hemorragia inmediatamente mortal. Por eso habeis visto que examinado el hábito exterior, é interrogado el enfermo sobre las molestias y trastornos funcionales que acusaba, hemos procedido enseguida á inspeccionar, palpar, percutir y auscultar, tanto el cuello, como la cavidad torácica. Esta exploración preliminar nos sirvió para conocer que sin peligro podíamos sondar el exófago, y además, para excluir en el juicio diagnóstico las afecciones antes mencionadas y los tumores del cuello, las afecciones pleuríticas y las lesiones de la columna vertebral, que tambien pueden producir disfagias, aplastando, desviando ó espasmodizando el conducto exofágico.

Tranquilos sobre este punto, hemos seguido examinando y discurrendo, como se examina y discurre en las clínicas quirúrgicas, principiando por apreciar la lesión, y pasando después á recoger antecedentes para averiguar su naturaleza.

Auscultando á lo largo de la columna vertebral, mientras el enfermo deglutía, notamos que el ruido de deglución se interrumpía bruscamente al nivel de la octava vértebra cervical, y como sabemos por anatomía que el cardias corresponde á la cara anterior de la dozava dorsal, este procedimiento exploratorio nos indicó ya que la estrechez era de la última porción del exófago. El sitio preciso donde radicaba la estrechez, así como su extensión, y hasta cierto límite, su naturaleza, nos le dió á conocer el cateterismo practicado con el explorador de olivas de marfil, y con las bujías cónicas. Con unos y otros instrumentos, vimos que había un obstáculo que impedía el paso á las olivas, desde la del número 2 en adelante, y á las bujías de números superiores al 18, y que este obstáculo principiaba á unos 7 centímetros por encima del cardias, puesto que, apoyando el extremo del explorador sobre la estrechez, y señalando el punto donde tocaba el tallo á la arcada dentaria superior, se midieron 33 centímetros, medida que es inferior en 7 centímetros, á la que por término medio se obtiene cuando llega el extremo de la sonda hasta el mismo cardias. El grado de estenosis se vió también que era considerable, pues hasta la oliva número 1, pasaba rozando por la estrechez. La extensión se comprobó, tanto al introducir la oliva número 1, como al sacarla, porque la sensación de resistencia se notaba, en el primer caso, hasta que se introdujo 7 centímetros más, y penetró en el estómago, y en el segundo, desde que volvió á franquear el cardias, hasta que pasó del punto más alto donde habíamos comprobado el obstáculo; se trata indudablemente de una estrechez canaliculada y extendida á los 7 últimos centímetros del exófago. Por último, las sensaciones táctiles que durante la exploración recibimos, nos dijeron, que la estrechez era producida por tejidos rígidos; que no había cuerpos extraños en el interior del conducto, y que por

encima del punto estrechado no existían dilataciones, ni divertículos de ninguna clase; dato, este último, que habíamos ya sospechado al ver que las materias vomitadas ó rejurgitadas por el enfermo, no fueron nunca fétidas.

Reconocida ya la existencia de una estrechez exofágica, y que ésta no dependía ni de la existencia de compresiones, ni de la obstrucción por cuerpos extraños, era preciso diferenciar, las debidas al simple espasmo de la capa muscular del conducto, de las que son producidas por lesiones orgánicas.

Este individuo parece que es hijo de una histérica; pero él no ha tenido manifestación alguna de esta neurosis. A más de esto, debíamos tener en cuenta, que la disfagia por espasmo exofágico, principia bruscamente, y desde el primer momento adquiere el máximum de intensidad, mientras que aquí se inició y se fué graduando lentamente; que los espasmos y la disfagia que originan, aparecen y desaparecen cuando menos se piensa, no durando ocho meses sin interrupción ninguna, como ha sucedido en este caso; y por último, que las estrecheces por espasmos, ceden cuando se hace una presión sostenida con la sonda, permitiendo después el paso de las de mayor calibre, en tanto que nosotros, con les presiones fuertes, sólo hemos logrado hacer pasar, con trabajo, algunas sondas, sin pasar de la número 26: no se trata, por consiguiente, de una estrechez por espasmo exofágico, sino de una lesión orgánica de las paredes de este conducto.

Las lesiones exofágicas que determinan estrechez, pueden ser agudas ó crónicas. Las primeras son inflamatorias ó micóticas, producen dolor continuo, y duran poco tiempo, caracteres que permiten excluirlas cuando, como sucede en este caso, la estrechez no produce dolores, si no se trata de forzarla, y la disfagia es de larga duración. Entre las estrecheces crónicas, hay que distinguir las neoplásicas, de las cicatriciales.

Las estrecheces neoplásicas, suelen ser cancerosas, y como tales se las observa de preferencia en individuos de más de 30 años; con frecuencia provocan dolores, y al cabo de poco tiempo dan lugar á caquexia con infartos de los gánglios su-

pra-claviculares; caracteres todos que faltan en el caso que estudiamos. Las demás neoplasias son muy raras, y su diagnóstico no puede hacerse, si no sale alguna porción de tumor en los ojos de la sonda y se examina el microscopio, lo cual no ha ocurrido nunca en nuestro enfermo, pues si bien un día nos pareció haber extraído algo anómalo, remitido al laboratorio, nos dijeron que eran porciones de alimentos y sangre coagulada.

Este trabajo de exclusión, vemos que nos conduce á establecer el diagnóstico de estrechez cicatricial, que por impresión habíamos formulado el primer día, al percibir, por intermedio de la sonda, una sensación de dureza y rigidez.

¿Cuál ha sido la causa de esta estrechez? Entre sus antecedentes etiológicos no se encuentra ni la ingestión de sustancias tóxicas, ni la de líquidos muy calientes que hayan podido originar cauterizaciones ó quemaduras. No ha padecido tampoco afecciones venereas ni infecciones de las que pueden producir ulceraciones exofágicas. Confiesa unicamente que en su alimentación habitual abusaba de los condimentos picantes; pero esto nos parece insuficiente para esplicarnos la existencia de una cicatriz en el exófago, pues por este conducto pasan las sustancias alimenticias con bastante rapidez, y es más bien en el estómago donde las sustancias, simplemente irritantes, y no causticas, pueden determinar efectos perniciosos. En vista de esta carencia de datos etiológicos, tuvimos que pensar en la úlcera esencial ó peptica del exófago, pues aún cuando se trata de una enfermedad muy rara, no sería ciertamente este el primer caso observado. A pensar en esta causa de estrechez, nos indujo, el referirnos el enfermo que antes de notar dificultades en la deglución, había sentido constricción epigástrica y dolores xifoideos que se aliviaban inmediatamente después de comer y reaparecían á las dos ó tres horas, síntomas estos, que con gran probabilidad hacen sospechar la existencia de hiperclorhidria. No basta, ciertamente, con que haya hiperclorhidria para que se produzca una ulceración en el exófago; pero los que la padecen, si un ligero traumatismo, tal cual puede producirse al deglutir algún huesecillo, determina una

erosión de la mucosa, esta puede convertirse en una ulceración por llegar hasta ella, por rejugitación, un jugo gástrico muy ácido que irritando impide la cicatrización inmediata.

Esplicada de este modo la producción de una úlcera exofágica, fácilmente se comprende como el trabajo de cicatrización ulterior puede determinar la estrechez, y como esta continúa progresando por la evolución natural del proceso, en una región como esta que continuamente tiene que estar sufriendo excitaciones.

Desde que el enfermo principió á sentir las primeras molestias en la deglución, estas han ido acentuándose, lo cual indica que el calibre del conducto se va estrechando paulatinamente. Con la dilatación gradual hemos logrado distenderle lo suficiente para que pudiera pasar la sonda núm. 26, y para que pudiera alimentarse con leche, caldo, huevos y somatosa; pero en cuanto el enfermo abandonó la clínica, y se suspendió el cateterismo, todo lo ganado se perdió en pocos días, teniendo que volver al Hospital, con urgencia, porque ni agua podía pasar. Hemos vuelto á intentar la dilatación gradual empezando otra vez por los números más bajos, logrando en pocos días llegar á los mismos números que usaba cuando nos abandonó; pero de aquí no logramos pasar. Viviendo en el hospital, y con la alimentación reparadora que le prescribimos, se se sostiene bastante bien, y aunque no gana en peso, tampoco pierde, así es que hemos de continuar con este tratamiento, hasta ver lo que con él se puede alcanzar.

Si á pesar de nuestros esfuerzos no se consigue una dilatación suficiente para que pueda ingerir alimentos sólidos, el porvenir de este enfermo es muy triste. Con la alimentación líquida que hoy usa se puede vivir; pero no es suficiente para trabajar, y como por otra parte, el necesitar continua asistencia médica le obligaría á vivir en el Hospital, es cosa de pensar detenidamente si con otra clase de recursos puede mejorarse su situación.

Como más eficaz que la dilatación gradual, con sondas de calibre fijo, se ha propuesto la distensión brusca con sondas que una vez introducidas en la parte estrechada pueden au-

mentar de calibre. Los defectos de esta clase de sondas se ven claramente reflejados, en las modificaciones que todos los días están sufriendo, habiéndose empleado las cuñas, los resortes y la presión hidrostática como mecanismos dilatadores, sin lograr dejar satisfechos, mas que á los mismos inventores. No tengo ninguna esperiencia sobre el uso de esta clase de instrumentos; pero á juzgar por lo que dicen los que las han empleado, sin haberlas inventado. su manejo es difícil y peligroso, y no se obtienen éxitos más durables que con la dilatación gradual.

Cauterizando la cicatriz con caústicos químicos ó por medio de la electrolisis, por el momento se obtiene una dilatación suficiente; pero al poco tiempo el proceso de retracción se encarga de volver las cosas á su primitivo estado.

La exofagotomía externa y la estirpación de la cicatriz, son operaciones aplicables unicamente á las estrecheces de la porción cervical. En las de la porción torácica se ha practicado alguna vez la exofagotomía externa en la porción cervical, con objeto de acortar el camino, y poder con más facilidad llegar con los instrumentos á la porción estrechada; pero esto implica una complicación operatoria que no está compensada por las ventajas que proporciona.

La exofagotomía interna es una operación ciega, que en la región torácica puede ser muy peligrosa, así y todo se recomendaría si sus resultados fueran más completos; pero si ha de sostenerse la dilatación obtenida, es preciso seguir practicando la dilatación con sondas, y si el enfermo se cansa del tratamiento, al cabo de poco tiempo se encontrará como antes de ser operado.

La gastrostomía es la única operación que asegura de una manera definitiva la ingestión de alimentos. Estableciendo una fístula gástrica, el problema de la alimentación ya no tiene que preocuparnos, y hasta es posible pensar en obtener con ella la curación definitiva, puesto que dejando de ser irritada la cicatriz por los alimentos, el cateterismo por via bucal, ó el retrogrado por la misma fístula gástrica, dan resultados más satisfactorios. La técnica de Kocher facilita y garantiza el exi-

to de esta operación. La idea feliz que ha tenido Trendelenburg, aconsejando que los enfermos mastiquen é insaliven los alimentos, vertiéndoles después en un tubo que penetrando por la fistula gástrica los conduce hasta el estómago, ha logrado obviar los inconvenientes que tenía la ingestión directa de los alimentos en el estómago, y la ausencia del fermento salivar. Es, sin embargo, tan anormal y repugnante la alimentación en esta forma, y resulta tan molesta una fístula gástrica permanente, que solo se acude á esta operación como último recurso.

Como veis, por la ligera exposición que hemos hecho de los recursos con que hoy cuenta la ciencia para el tratamiento de las estrecheces exofágicas, sólo la dilatación gradual y la gastrostomía, deben merecer nuestra confianza. Seguiremos practicando la dilatación gradual en este enfermo, y cuando consideremos que ha fracasado, reclamaremos el concurso de un Cirujano para que practique la gastrostomía; pero como esta operación ofrece tantas menos probabilidades de éxito, cuanto más tarde se acude á ella, hemos de procurar que en este caso se practique con oportunidad. Para ello llevaremos la curva del peso, de la urea y de los cloruros; mientras se conserven á la misma altura que hoy tienen, seguiremos son- dando; pero si pierde de peso, y por el examen de la orina vemos que la nutrición es deficiente, sin aguardar más, será trasladado á la clínica de operaciones (1).

(1) En la hoja clínica que procede á esta lección, se dá cuenta de como en el curso de la infección variólica, se hizo completamente in- franqueable la estrechez, y se impuso la gastrostomía de urgencia.

Esta operación fué practicada por el catedrático de Operaciones, Dr. Morales Perez, y cuando ya había transcurrido mes y medio, fun- cionando perfectamente la fistula gástrica, el enfermo empezó á dema- crarse rapidamente muriendo en pocos días.

En la autopsia se ha encontrado un neoplasma ulcerado del exófago con apariencias de sarcoma, resultado que nos ha sorprendido por las razones que se exponen en el lugar correspondiente de la lección clínica (pág 373).

Embarazo gástrico apirético

HOJA CLÍNICA NÚM. 51.

Sala del Sto. Cristo n.º 5. Alumno observador: D. Pedro Fusté Canderá

M. V., de 19 años, soltera, natural de Tremps (Lérida), con residencia en Barcelona, trabajadora en una fábrica y de costumbres arregladas.

Sin historia patológica familiar. Menstruó por primera vez á los 17 años, habiendo sido siempre dolorosos los periodos menstruales. Padebió la viruela á los 16 años, y posteriormente una fiebre gástrica.

El día 8 del corriente mes, cenó con buen apetito, y al poco tiempo empezó á notar que la digestión era difícil, presentándose náuseas, piroxis y dolores intensos en la región epigástrica. A la mañana siguiente se presentaron vómitos, arrojando lo que había comido la noche anterior, y después líquidos de sabor amargo. La cefalalgia intensa y el quebrantamiento la han obligado á guardar cama. Desde el segundo día se presentó diarrea, y temiendo que se prolongara la enfermedad, pidió entrada en el Hospital, ingresando en nuestra clínica el 11 de Diciembre.

Se queja de cefalalgia frontal, quebrantamiento, mal gusto de boca, inapetencia, sed, estado nauseoso y dolores en la región epigástrica con irradiaciones hacia los hipocondrios.

En su hábito exterior no se observa nada anormal. No tiene fiebre y el sensorio está despejado.

Lengua saburrosa. Vientre blando y ligeramente doloroso á la presión. Vómitos biliosos cuando ingiere alimentos. Diarrea no muy abundante y algo fétida.

DIAGNÓSTICO.—Embarazo gástrico apirético, producido por indigestión.

PRONÓSTICO.—Completamente favorable.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—En la primera visita se la prescribió: dieta absoluta, un purgante de citrato de magnesia y unos sellos con 50 centigramos de benzonaftol p. t. uno cada seis horas.

Al día siguiente habían desaparecido los vómitos, y la cefalalgia era menor. Continuaba apirética.

El día 13, estaba limpia la lengua, acusaba completo bienestar, y sentía apetito. Permaneció un día más en la clínica y se la dió el alta.

Dispepsia neuro-motriz con hipoclorhidria

HOJA CLÍNICA NÚM. 52.

Sala del Sto. Cristo n.º 13. Alumno observador: D. Juan Coret Ambrios

F. F., de 56 años, viuda, natural de Montbrío (Tarragona), residente en Barcelona, sirviente, y con una vida agitada en la que no han faltado preocupaciones y disgustos.

Su padre falleció á los 69 años de una enfermedad del estómago. La madre era histérica, tuvo ictericia y falleció de apoplejía. Han sido doce hermanos, de los cuales sólo viven dos.

Empezó á menstruar á los 13 años, siendo las primeras reglas escasas y dolorosas; después se regularizaron. A los 30 años tuvo un embarazo y parto normales, no pudiendo criar á su hijo por tener hidrogalaxia.

A los siete años padeció el sarampión, que evolucionó normalmente sin dejar reliquias. A los 32 años tuvo una infección gastro-intestinal muy accidentada, y que duró dos meses.

Atribuye la enfermedad actual al desarreglo en las comidas, refiriendo su principio al mes de Julio último, desde cuya fecha empezó á notar sensación de desfallecimiento, estado vertiginoso, inapetencia, peso en la región epigástrica y constipación rebelde. Estos síntomas han persistido con alternativas de mejoría y agravación, ingresando en el Hospital el día 25 de Septiembre último.

Cuando nos hicimos cargo de su observación (10 de Octubre), en ayunas se encontraba bien, comía con regular apetito, al poco tiempo de comer aquejaba sensación de peso en el estómago, y dos horas después acusaba dolor, no muy intenso, en la región epigástrica con irradiación hacia los hipocondrios.

Es una mujer cuyo aspecto revela una vejez anticipada, el pelo es ya blanco, la mirada poco espresiva, el color pálido, y es algo obesa. En la columna vertebral se nota una ligera cifosis con la convexidad hacia el lado derecho.

Lengua ligeramente saburrosa. El vientre aparece algo abultado, por el desarrollo de tejido adiposo. Palpando en la región epigástrica se nota una sensación de resistencia en la corvadura mayor del estómago, y se produce dolor en la región pilórica; los latidos de la aorta se transmiten hasta las paredes del estómago. Administrando tres gramos de bicarbonato de sosa y otros tres de ácido tártrico se produjo la insuflación del estómago, y entonces pudo comprobarse, que esta viscera se

distendía algo más que en el estado normal, verificándolo principalmente á espensas del fondo de saco mayor. El hígado y el bazo se encontraban algo aumentados de volumen. Analizado el jugo gástrico á la hora de haber administrado la comida de prueba de Ewald, se comprobó la existencia de hipoacidez, con ausencia completa de ácido clorhídrico libre. Las deposiciones fecales eran escasas y tardaba varios días en evacuar, cuando no tomaba purgantes.

Algunos días se queja de alucinaciones visuales y vértigos. Auscultando en el foco aórtico se percibe algo reforzado el segundo tono. En los bordes posteriores de los pulmones se oyen algunos silbidos al final de la inspiración. El análisis de la orina no descubrió nada anormal.

DIAGNÓSTICO.—Dispepsia neuro-motriz con hipoclorhidria y ligera dislatación del estómago. La cifo-escoliosis parece reliquia del raquitismo.

PRONÓSTICO.—Es serio, porque su enfermedad exige cuidado y régimen alimenticio especial, que no podrá proporcionarse cuando salga del Hospital.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—Régimen alimenticio consistente en dos comidas de carne asada, y dos litros de leche en los intervalos. Para estimular la secreción de las glándulas pépticas, se emplearon los alcalinos en pequeñas dosis, prescribiéndose la siguiente fórmula: Carbonato de magnesia y bicarbonato de sosa a. a. 3 gramos; papaina un gramo m.^e para cuatro sellos, de los que tomara uno antes de cada comida. Con objeto de regularizar las funciones intestinales tomaba todas las noches una píldora formulada así: prodofilino, 2 centigramos; polvo de cáscara sagrada, 20 centigramos; extracto de belladona, 1 centigramo, m.^e p. una píldora. Se practicó también el masaje abdominal profundo, para favorecer la evacuación del estómago y estimular el funcionamiento del tubo intestinal.

Con este tratamiento se obtuvo muy pronto gran mejoría, y aunque algunos días se quejaba todavía de dolores en la región epigástrica, la lengua se limpió, el apetito era bueno, el estreñimiento desapareció, y después de tenerla en observación una temporada, se la dió alta el día 6 de Noviembre.

Catarro gástrico alcohólico, con hipoacidez

HOJA CLÍNICA NÚM. 53

Sala de S. José n.º 11. Alumno observador: D. Vicente Bañuls Castellá

J. Ll., de 30 años, soltero, natural y vecino de Perves, labrador y aficionado á las bebidas alcohólicas, de las que ha venido abusando durante mucho tiempo.

Sus padres gozan de buena salud. Entre sus hermanos hay uno que padece del estómago.

No recuerda haber padecido otra enfermedad que el sarampión en la infancia.

Aun cuando hacía ya mucho tiempo que venía sintiendo molestias en el estómago, no había dado importancia á su enfermedad hasta el mes de Febrero del corriente año, en cuya fecha principió á preocuparle la sensación de peso que sentía en la región epigástrica á las pocas horas de comer, sensación de peso que se ha ido acentuando hasta transformarse en un dolor que le molestaba varias horas, y le impedía trabajar. En estas condiciones ingresó en la clínica el día 22 de Noviembre.

Es un hombre de constitución fuerte, y sólo durante las horas de la digestión se revelaba en su cara sufrimiento.

Se encuentra bien en ayunas y come con buen apetito; pero al cabo de muy poco tiempo empieza á notar sensación de peso y dolor en la región epigástrica, no aliviándose hasta que pasan tres ó cuatro horas. En algunas ocasiones tiene rejurgitaciones ácidas y eructos muy fétidos. Cuando evacua el vientre, siente ardor en el ano y las deposiciones salen mezcladas con estrias de sangre roja.

Palpando la región epigástrica se producía dolor en la curvadura mayor, y se percibía sensación de resistencia aumentada en las paredes del estómago.

Extraído el contenido del estómago una hora después de haber administrado la comida de prueba de Ewald, el análisis dió el siguiente resultado: Acidez total, 036. Ácido clorhídrico, 0. Ácido láctico, 0. Moco en gran cantidad.

En las márgenes del ano se apreciaba una coloración violacea.

DIAGNÓSTICO.—Catarro gástrico de origen alcohólico con hipoacidez. Las hemorragias rectales hacen suponer la existencia de hemorroides internas.

PRONÓSTICO.—Reservado, porque es difícil obtener la curación de estas gastropatías, tanto más cuanto que los enfermos renuncian con dificultad á el vicio del alcoholismo.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—Dieta lactea durante los tres primeros días, pasados los cuales se le permitió comer gallina asada y fria. Lavado diario del estómago con una disolución de bicarbonato de sosa al 2 por 100.

Mejóro rápidamente y á los cinco días pidió el alta.

Úlcera redonda del estómago con hiperclorhidria.

HOJA CLÍNICA NÚM. 54.

Sala de S. José n.º 11. Alumno observador: D. A. M. Perez y Bofill.

F. S. de 27 años, soltero, natural y vecino de Figols (Lerida), labrador, y aficionado á las comidas picantes, y á las bebidas alcohólicas.

Su padre murió á consecuencia de un tumor en la región parotidea. La madre vive padeciendo una afección cardíaca.

A los tres ó cuatro años pasó el sarampión, y después solo recuerda haber padecido algunos romadizos, y una enfermedad cuya causa cree fué una insolación.

Viene padeciendo del estómago desde que tenía doce años. Sus molestias consistían, durante los primeros años de su padecimiento, en dolores intensos de estómago que se presentaban al poco tiempo de tomar alimentos, y que no cesaban hasta que vomitaba. Estos dolores y estos vómitos han desaparecido durante largas temporadas, exacerbándose en otras. Hará cosa de cinco meses los dolores se hicieron intensísimos y tuvo varios vómitos con el aspecto de los posos de café. Desde entonces casi no ha tenido un día tranquilo, y al fin se vió obligado á ingresar en la clínica el 22 de Octubre.

Es un hombre bien conformado, moreno, velludo, enjuto de carnes y que por su aspecto se hubiera creído que tenía cerca de 40 años.

Siente apetito y come con gusto; pero al poco tiempo de ingerir los alimentos se presenta un dolor intenso en el centro de la región epigástrica, con irradiaciones hacia los hipocondrios y la columna vertebral, el cual dura dos ó tres horas, á no ser que vomite, en cuyo caso desaparece inmediatamente. El dolor es más intenso cuando el enfermo está en decúbito supino y no se exagera presionando sobre la pared anterior del estómago. Los vómitos son precedidos por una sialorrea abundante, y en algunas ocasiones por rejurcitación de líquidos ácidos con píroxis. Mientras ha permanecido en la clínica los vómitos han sido siempre alimenticios é intensamente ácidos, presentandose en ellos las reacciones del ácido clohídrico libre. Como había tenido recientes gastrorragias no se hizo el cateterismo para estraer y analizar el contenido del estómago.

La lengua está humeda, afilada en la punta y ligeramente saburrosa en el centro. El abdomen está deprimido y con las paredes flácidas. Después de ingerir líquidos se notaba algo de bazuqueo; pero todos los procedimientos exploratorios indicaron que el volumen y forma del estómago era normal.

DIAGNÓSTICO.—Úlcera redonda del estómago, situada probablemente en la pared posterior. Ligera atonía de las paredes del estómago. Hiperclorhidria.

PRONÓSTICO.—Grave por los accidentes que pueden sobrevenir (hemorragia, perforación, etc.), y por las reliquias que suelen quedar después de esta enfermedad (estenosis pilórica, tendencia á el desarrollo de neoplasias).

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—Reposo absoluto en cama. Dieta láctea, añadiendo á cada vaso de leche, 2 gramos de bicarbonato de sosa. Aplicación de compresas amapadas en agua caliente á la región epigástrica.

Con este tratamiento, siguió los ocho primeros días que estuvo en la clínica, y desde el segundo, se calmaron los dolores, desapareciendo por completo al cuarto día.

Al sexto día de tratamiento, el enfermo sintió hambre, y se le permitió tomar una sopa de sémola á medio día.

Dos días después se consintió que tomara pechuga de gallina bien picada, y al cabo de otros dos días, ración de carne de vaca asada, sin que los dolores y los vómitos reaparecieran,

El día 1.º de Noviembre le trajeron comida de su casa, y reaparecieron los dolores y los vómitos, siendo necesario prescribir dieta absoluta durante 24 horas.

Desde el día 2 de este mismo mes, el enfermo no ha vuelto á sentir molestia de ninguna clase, á pesar de tomar la ración común del hospital, y el día 5 se le dió el alta.

Úlcera redonda del estómago

HOJA CLÍNICA NÚM. 55

Sala de San José, n.º 13 Alumno observador: D. José Bosch Agulló

F. M., de 42 años, casado, natural y vecino de Anejas (Valencia), esquilador, y de vida y costumbres arregladas.

Sin historia patológica familiar. Ha gozado siempre de buena salud, hasta hace cosa de tres años, que ha empezado á padecer del estómago, según cree el enfermo, por haberse introducido en un lugar de pisar uva.

Los primeros síntomas fueron, sensación de plenitud gástrica después de las comidas, y dolores difusos. Conforme pasaba el tiempo, los dolores iban siendo más intensos, localizándose claramente en la región xifóidea, y durando muchas horas. Estos dolores intensos fueron acom-

pañados de vómitos, alimenticios de ordinario, pero en varias ocasiones tuvo hematemesis, seguidas de melenas. Ha tenido temporadas en las que los dolores y vómitos se presentaban todos los días, y en todas las comidas, y otras en las que sólo ocurrió esto cada 8 ó 10 días. Una de estas exacerbaciones con hematemesis, ha ocurrido hace pocos días, por lo cual ingresó en nuestra clínica el día 1.º de Octubre.

Es un hombre bien conformado; pero algo pálido y desnutrido, revelándose en su cara los sufrimientos de largo tiempo.

A la media hora próximamente de haber comido, siente un dolor localizado en la parte superior de la región epigástrica, con irradiación constante hacia la columna vertebral. La exploración sólo nos sirve para localizar el dolor, pues la presión profunda le despierta, ó le excita si antes no le acusaba el enfermo. Hay estreñimiento pertinaz. Como en la clínica no se han presentado vómitos, y parecía peligroso el sonarle, no se ha podido analizar el contenido del estómago.

DIAGNÓSTICO.—Úlcera redonda del estómago, localizada probablemente en las inmediaciones del cardias.

PRONÓSTICO.—Grave, como lo es siempre el de la úlcera gástrica.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—Dieta láctea, con adición de dos gramos de bicarbonato de sosa á cada vaso de leche. Reposo en cama. Aplicación de agua caliente á la región epigástrica. Para combatir el estreñimiento, se dispuso la siguiente fórmula: Sulfato de magnesio; 40 gramos; Bicarbonato de sosa, 30 gramos; Clorato sódico, 6 gramos m.º p., diluir una cucharada en un vaso de agua tibia, y tomarlo todas las mañanas, en tres veces, con 10 minutos de intervalo.

Desde el día en que se dispuso el tratamiento antes indicado, no volvió á tener vómitos, y los dolores disminuyeron de intensidad.

El día 21 de Octubre, como parecía que los dolores ya no molestaban, se quiso probar si toleraba algún otro alimento, y se le dió un plato de sopa; pero inmediatamente lo vomitó, y sus dolores se presentaron con tal intensidad, que hubo necesidad de prescribir el siguiente calmante: Subnitrito de bismuto, 1 gramo; Clorhidrato de cocaína, 1 centígramo, m.º para un papel que tomará cada cuatro horas, mientras persistan los dolores.

Una vez que pasó este periodo de exacerbación, la mejoría continuó sin otra interrupción, y paulatinamente se fueron agregando á la leche, huevos, féculas y carne picaña. El día 39 de Octubre, encontrándose sin molestia de ninguna clase, pidió el alta.

Úlcera redonda del estómago, en el período de cicatrización

HOJA CLÍNICA NÚM. 56

Sala del Sto. Cristo, núm. 11.—Alumno observador: D. Santiago Gresa

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

F. P., de 28 años, soltera, natural de Zaragoza, residente en Barcelona, cocinera, y de vida y costumbres arregladas.

Sus padres murieron á consecuencia de afecciones crónicas del pecho. No tiene hermanos.

La menstruación se presentó por primera vez á los 15 años, y ha sido siempre normal.

En su infancia se crió delicada, y tanto por los datos que ella proporciona, como por las huellas que se observan en su organismo, se conoce que padeció un raquitismo bastante grave. Hace cinco años paso una pulmonía, en cuya convalecencia, dice, que tuvo ya vómitos de sangre. En el mes de Mayo último, pasó treinta días en cama, con una fiebre infecciosa que llamaron gástrica, y desde esta época siempre se ha sentido delicada, con flojedad é inapetencia, notando algunos días que se le hinchaban las piernas.

Aun cuando, como acabamos de exponer, hacía tiempo que no se sentía bien, el principio de la enfermedad actual le refiere la enferma al mes de Octubre último, porque desde entonces la debilidad la impidió ya el trabajo, la inapetencia era absoluta, y empezó á notar, cefalalgia, dolores en el hueco epigástrico, rejurgitaciones ácidas, vómitos, alimenticios la mayor parte de las veces, y de sangre en algunas ocasiones, y un estreñimiento pertinaz. Ingresó en la clínica el día 11 de Noviembre por la tarde.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR.—La cara, un poco pálida, y con expresión de sufrimiento. El torax se presenta algo aplastado y con nudosidades en la unión de las costillas con los respectivos cartilagos. Las piernas llaman la atención por su cortedad, apreciándose incurbación hacia adentro de ambas tibias. El panículo adiposo se conserva bien; pero los músculos están poco desarrollados. No tiene fiebre.

TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO:—En ayunas nota

mal gusto de boca. Inapetencia, repugnándola especialmente el caldo y las carnes. Inmediatamente después de tomar alimentos, siente fuertes dolores en la región epigástrica, con irradiación hacia la columna vertebral, que duran próximamente una hora. Algunos días se presenta piroxis, con rejugitación y vómitos de materias ácidas. De una manera especial producía estos dolores, la ingestión de vino, ó cualquier otra bebida alcohólica. Aun cuando sólo tome leche, se presentan también dolores, y con frecuencia la devuelve coagulada y ácida. Presenta un estreñimiento tan pertináz, que sólo después de repetidos purgantes logra evacuar algunos materiales caprinos.

EXPLORACIÓN DEL ESTÓMAGO.—A la inspección no se nota nada anormal en la región epigástrica. Palpando con un poco de fuerza, se despierta dolor en un punto fijo, situado en la línea media y á unos cinco centímetros por debajo del apéndice xifoides; no se nota induración, tumor, ni bazuqueo. Percutiendo en estado de vacuidad, se limita bien el estómago por el sonido timpánico que se observa; pero para fijar sus límites con mayor precisión, se insufló con polvos gasíferos, obteniéndose las siguientes medidas: diámetro máximo, 20 cms.; altura del fondo de saco mayor, 11 cms.; altura del antro pilórico, 8 cms.; pequeña curvatura, 7 cms.; estas medidas nos indican que hay una ligera distensión del fondo de saco mayor, acusada por la mayor altura y extensión del espacio de Traube, y que la gran curvatura ocupa la situación normal. Por la exploración fonendoscópica, obtuvimos un trazado análogo al que proporciona la percusión digito-digital. Haciendo beber agua á la enferma, se produjo una zona maciza que permitió limitar la gran curvatura, comprobándose que ocupaba la situación normal; tampoco en estas condiciones se logró provocar el bazuqueo.

Practicado el cateterismo en ayunas, se comprobó que no había retención.

A la hora de haber tomado la comida de prueba de Ewald, se extrajo el contenido del estómago, y su análisis dió el siguiente resultado: Acidez total, 1,75; Ácido clorhídrico libre, 0,58; Ácido láctico, vestigios.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Lengua saburosa. Gingivitis eritematosa. Pulso pequeño y algo frecuente. Orina escasa y encendida, sin que su análisis descubriera principios anormales.

DIAGNÓSTICO

Úlcera redonda del estómago, situada en las inmediaciones del cardias. Por lo que hemos observado en los días que lleva en la clínica, parece que está en el período de cicatrización.

PRONÓSTICO

Aunque es grave, nos parece que está en vías de curación. Hay que temer las recidivas y las reliquias propias de esta enfermedad.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO

El día que nos hicimos cargo de su observación, se dispuso el siguiente tratamiento: Reposo en cama. Un vaso de leche con un gramo de bicarbonato de sosa cada tres horas. Sulfato de sosa, 30 gramos; bicarbonato de sosa, 10 gramos; clorato sódico, 4 gramos, m.^e p. t. una cucharada en un vaso de agua tibia todas las mañanas. Aplicación al epigastrio de compresas empapadas en agua caliente, todas las noches durante media hora.

Desde el día 11 al 17 de Noviembre, ha seguido casi igual, no consiguiendo vencer el estreñimiento á pesar de haber tomado hasta tres cucharadas de las sales purgantes que tenía prescritas.

El día 18 de este mes, se la mandó que tomara: aceite de ricino, 30 gramos; resorcina y benzonaftol a. a., 1 gramo; esta fórmula provocó vómitos, sin lograr que moviera el vientre.

Día 19 al 30, ha seguido con dolores, vómitos y estreñimiento. Se la prescribió agua de Rubinat, para tomar un vaso todas las mañanas.

Del 1 al 5 de Diciembre se regularizaron las deposiciones, y se aliviaron los dolores, desapareciendo los vómitos.

El día 6 de Diciembre, para ver si la toleraba, se prescribió una sopa, é inmediatamente se presentaron otra vez los vómitos y los dolores.

Del 7 al 11 de Diciembre, toleró perfectamente la dieta láctea.

El día 12, al practicar el cateterismo para volver á explorar el quimismo gástrico, se presentaron vómitos y dolores, tan intensos, que fué preciso administrarla sellos con un centígramo de clorhidrato de cocaína.

Del 12 al 31 de Diciembre, siguió en igual estado, tolerando bien la leche; pero reapareciendo los dolores en cuanto se intentaba darla sopa ó huevos.

Desde el 1.º de Enero de 1903, la mejoría ha sido franca, no habiéndose presentado ni vómitos ni dolores, á pesar de que paulatinamente hemos ido añadiendo á su alimentación, huevos, purés, gallina picada y carne asada de vaca.

Después de haber estado en la clínica quince días, sin molestia de ninguna clase, y tolerando la alimentación ordinaria del Hospital, salió con alta por curación, el día 5 de Febrero.

**Lección clínica en la enfermería sobre el caso
de úlcera redonda del estómago, de la hoja clínica
número 56**

En las enfermedades del estómago tiene gran importancia precisar, hasta donde sea posible, la fecha en que principiaron á sentirse las primeras molestias; pero muy frecuentemente ocurre que los enfermos no lo recuerdan, y que en una accidentada historia patológica sea imposible dar valor diagnóstico á síntomas que sólo por referencia, y de una manera incompleta, llegamos á conocer. Esto es precisamente lo que ocurre con la enferma que hoy vamos á estudiar. Al preguntarla desde cuando venía notando los síntomas de la enfermedad que hoy la obliga á permanecer en el Hospital, nos dice que los dolores de estómago, las rejurgitaciones ácidas, los vómitos y el estreñimiento, sólo datan de principios del mes de Octubre, y por consiguiente, para ella, es de fecha reciente la enfermedad gástrica que hoy padece; pero como en su historia patológica se cuenta una pulmonía padecida hace cinco años, en cuya convalecencia tuvo una hematemesis, es lógico suponer que en aquella fecha tenía ya alguna lesión gástrica capaz de dar lugar á hemorragias; y el que esta lesión se curara, ó haya permanecido latente durante varios años, recidiando ahora ó agravándose, no es cosa que pueda sorprendernos.

Los síntomas que hoy presenta, revelan un trastorno funcional del aparato digestivo interesando preferentemente el estómago; pero como la gastralgia y los vómitos pueden depender de una sencilla dispepsia ó ser la manifestación de una lesión orgánica, debemos principiar por establecer esta diferenciación.

Si el síntoma hematemesis le hubiéramos comprobado nosotros, el problema sería de fácil solución, porque él solo bastaría para indicarnos la existencia de una lesión orgánica; pero conociéndole únicamente por las referencias de la en-

ferma, tiene menos valor, pues aun suponiendo que con certeza se haya tratado de una gastrorragia, al cabo de cinco años bien puede haberse curado la lesión que la produjo, y sin haberse reproducido, tener hoy una enfermedad completamente diferente.

El diagnóstico diferencial hemos de hacerle, valorando los datos que nos proporciona la exploración, y precisando el carácter de los dolores y trastornos funcionales.

Palpando y percutiendo la región epigástrica en estado de vacuidad, y después de haber insuflando el estómago, hemos visto que no hay tumor apreciable ni induración de las paredes del estómago. Hemos comprobado, también, que la situación y volumen de esta viscera son normales, pues la ligera distensión del fondo de saco mayor indica unicamente algo de atonía de la capa muscular. Como por otra parte, en su hábito exterior no hay signos reveladores de caquexia ó anemia intensa, podemos descartar, desde luego, las neoplasias malignas, y las gastro-ectasias considerables.

Los dolores se presentan inmediatamente después de comer, pero duran poco tiempo, lo cual nos hace ya suponer que no hay obstáculos que se opongan á la evacuación regular del estómago. El cateterismo practicado en ayunas demostró más claramente que no había retención de alimentos, y á la vez nos enseñó, que la membrana mucosa no segregaba moco ni jugo gástrico, en el estado de vacuidad. La atonía de la capa muscular no es tampoco muy acentuada, puesto que no hay posibilidad de producir bazuqueo después de ingerir líquidos en el estómago. Unido todo esto á la ausencia de dolor cuando se comprime á lo largo de la gran curvatura, nos permite excluir también la dispepsia neuro-motriz y el verdadero catarro gástrico.

Analizando el contenido del estómago una hora después de haber ingerido la comida de prueba de Ewald, se encontró ácido clorhídrico libre, y una acidez total algo inferior á la normal, reconociéndose la existencia de pequenísimas cantidades de ácido láctico y la ausencia de otros ácidos orgánicos. No se puede deducir de este único análisis que la porción

de ácido clorhídrico no traspase en otras ocasiones la cifra normal; pero sí nos indica, con seguridad, que la piroxis, las rejugitaciones y los vómitos ácidos no se deben á hiperacidez orgánica, teniendo que admitir, para explicarles, la existencia de una hiperclorhidria intermitente ó una úlcera redonda del estómago, pues son las dos únicas enfermedades que en ausencia de tumor, dilatación, retención á hipersecreción permanente, pueden ocasionar los dolores, los vómitos y el estreñimiento que acusa esta enferma.

El diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades resulta muy difícil. Nosotros nos inclinamos en este caso al diagnóstico de úlcera, teniendo en cuenta el tiempo en que aparecen y cesan los dolores, la manera como se presentan los vómitos, y las sensaciones que acusa la enferma después que ingiere leche.

Habiéndonos demostrado el cateterismo que no hay gastrosucorrea y que de existir hiperclorhidria es intermitente, los trastornos digestivos debieran acentuarse en aquellos períodos de la digestión en que el ácido clorhídrico se encuentra en el jugo gástrico al maximum de concentración. Por este motivo, en los hiperclorhidrios los dolores se presentan, ó se acentúan, á la hora ó á las dos horas de haber comido, y no como en esta enferma, inmediatamente después de ingerir alimentos para desaparecer á la hora. En la úlcera redonda las causas de los dolores son el contacto de los alimentos y las contracciones de las paredes del estómago, y se presentan, tanto más pronto, cuanto más cerca esté del cardias la superficie ulcerada, pudiendo entonces ocurrir lo que en este caso sucede, que los dolores se presenten apenas lleguen los alimentos al estómago, y que vomitándoles, ó atravesando pronto el píloro, se calmen al cabo de poco tiempo.

El dolor hemos visto que se despierta comprimiendo en la línea media, y en un punto fijo situado á dos traveses de dedo por debajo del apéndice xifoides, punto que, en el trazado obtenido por percusión, corresponde á la pequeña curvadura. Esta localización del dolor provocado no puede considerarse como signo patognomónico de la úlcera, porque con

ligeras diferencias se observa igualmente en muchas dispepsias nerviosas; estas diferencias consisten en estar el punto doloroso á la derecha de la línea media y en relación con la situación del orificio pilórico, cuyo espasmo parece ser la causa de los dolores; pero repito que este dato unido á otros puede tener algún valor, mas si le queremos dar demasiada importancia, estaremos expuestos á incurrir en graves errores.

Cuando los dolores son producidos unicamente por la hiperclorhidria, la ingestión de alimentos les calma, por de pronto, puesto que se diluye el contenido del estómago, y si la substancia ingerida es leche, con doble motivo, pues además de diluir, neutraliza el ácido clorhídrico por ser su reacción alcalina. El observar en esta enferma que la ingestión de leche, lejos de calmar, exacerba los dolores, nos inclina también á suponer que son producidos por una ulceración.

Inclinados á diagnosticar una úlcera por el análisis que hemos hecho de los trastornos funcionales que acusa esta enferma, el recuerdo de que entre sus antecedentes morbosos hay una hematemesis puede ya tener verdadera importancia, por que este síntoma completaría un cuadro, que sin él no sería del todo característico.

El que se confundan en clínica la úlcera del estómago y la dispepsia con hiperclorhidria, se explica facilmente puesto que los trastornos funcionales presentan, en uno y otro caso, gran analogia, y los resultados obtenidos explorando los caracteres estáticos y el quimismo gástrico, no siempre nos sacan de dudas. Nosotros hemos procurado poner á contribución todos los datos que proporciona el interrogatorio y la exploración, y sólo en los caracteres del dolor hemos encontrado algo que poder utilizar. El resultado negativo de la inspección, palpación y percusión es propio de las dos enfermedades. El obtenido analizando el contenido del estómago, ni nos ha sacado de dudas en este caso, ni nos sacará nunca cuando tratemos de diferenciar la hiperclorhidria de la úlcera del estómago, porque si hay hiperacidez, y esta es debida al ácido clorhídrico, puede tratarse de cualquiera de estas dos enfermedades, y

si hubiera hipoacidez ó hiperacidez por ácidos orgánicos, habría que pensar en otra clase de gastropatías. Juzgando por el resultado del único análisis que nosotros hemos practicado, parece que debiera servirnos para desechar de plano la existencia de hiperclorhidria, pues la acidez total y la cantidad de ácido clorhídrico libre eran las mismas que se encuentran muchas veces en el estado fisiológico; pero como ha tenido, y tiene algunos días, piroxis, rejurgitación y vómitos de materias ácidas, es muy posible que practicando más análisis se hubiera comprobado una verdadera hiperclorhidria, puesto que estos síntomas no podían ser debidos á la existencia de ácidos orgánicos, que, como productos de fermentaciones, faltan siempre que hay ácido clorhídrico libre. Si, por el contrario, se hubiera comprobado una hiperclorhidria bien manifiesta, tampoco nos hubiera servido para desechar la existencia de una úlcera, pues precisamente la hiperacidez parece ser la causa, si no determinante, por lo menos coadyuvante de la enfermedad de Cruveilhier.

Por ser la hiperclorhidria el trastorno funcional que más importancia tiene en esta clase de dispepsias, y el que sostiene y agrava las ulceraciones gástricas, el tratamiento de estas enfermedades es muy análogo, y á primera vista parecerá innecesario esforzarse en perseguir su diferenciación; pero si para el tratamiento la precisión del diagnóstico no tiene gran importancia, la tiene, y considerable, para el pronóstico. La dispepsia esencial con hiperclorhidria, solo es grave por lo difícil que es obtener la curación y la posibilidad de que se complique con otra enfermedad; más por el momento no pone en peligro la vida. La úlcera, es quizá más fácil de curar; pero mientras no se detengan sus progresos, puede poner en grave peligro la vida por hematemesis ó perforación, y después de obtenida la cicatrización, quedan á veces reliquias tan graves como las que habeis tenido ocasión de ver este año en la clínica, en dos enfermos gastro-ectásicos, pues ya recordareis que entre sus antecedentes patológicos se anotaron los síntomas de las úlceras gástricas, que al cicatrizar habían producido la estrechez del piloro.

Los accidentes graves y las reliquias de las úlceras gástricas, son más ó menos frecuentes según el sitio de la mucosa donde radique la lesión; y una vez que como probable hemos formulado este diagnóstico en nuestra enferma, para formar juicio del porvenir que la espera, volvamos á poner á contribución los datos, que, con alguna probabilidad, pueden indicarnos donde radica la supuesta úlcera.

Como el dolor le acusa la enferma en la línea media y á poca distancia del apéndice xifoides, la presión no muy profunda le despierta aun en estado de vacuidad, y los vómitos se presentan inmediatamente después de comer, hay motivos suficientes para suponer que la ulceración está en la región del estómago que primero se pone en contacto con los alimentos, en las proximidades del cardia, y en la pequeña curvadura cerca de la pared anterior. Esta localización nos tranquiliza respecto á la posibilidad de que se presente una estrechez pilórica consecutiva, y, hasta cierto punto, aleja el temor de perforación peritoneal; pero el peligro de hematemesis persiste.

El tratamiento que yo creo mejor, le conoceis por haberlo visto emplear, con resultados satisfactorios, en todos los enfermos de esta clase que hemos tenido en la clínica. Con objeto de neutralizar la acidez del jugo gástrico, y de evitar toda clase de irritación, prescribo la dieta lactea exclusiva añadiendo á cada vaso de leche, de uno á dos gramos de bicarbonato de sosa. Una vez que por haberse calmado los dolores y desaparecido los vómitos, suponemos que se ha detenido el proceso destructivo y ha empezado el de reparación, tanteamos muy paulatinamente la tolerancia del estómago, permitiendo una alimentación cada vez más variada y reparadora; primero les mandamos purés, después huevos claros, más adelante somatosa ó cualquier otro preparado de carne pulverulento, por último carne asada fría y bien picada. Durante esta temporada de tanteo, la leche alcalinizada sigue siendo la base de la alimentación, y los demás alimentos se administran en cantidades cada vez mayores, vigilando constantemente, para retroceder en cuanto reaparezcan los dolores ó los vómitos. Hay

enfermos en los que con ocho días de dieta exclusiva de leche, el proceso entra en vías de franca curación, y al cabo de otros quince, en los que se van administrando pures, huevos claros y somatosa, toleran después la carne asada y muy pronto la alimentación común, pudiendo considerarse curados en poco más de un mes. Otros, por el contrario, necesitan varias semanas de dieta lactea, y cuantas veces se intenta darles otra clase de alimentos, reaparecen los dolores y los vómitos; pero si con un régimen alimenticio adecuado, prescribimos los alcalinos en dosis suficiente, y favorecemos el trabajo de cicatrización con los demás medios que ahora vamos á esponer, rara vez dejaremos de obtener la curación antes de tres meses. Las úlceras del estómago, progresan y tienden á perforar sus paredes mientras el jugo gástrico ácido digiere la mucosa, y mientras una continua excitación se opone á la cicatrización. En un medio alcalino, y sin sufrir continuas excitaciones, su tendencia natural es á cicatrizar rápidamente.

Creo completamente inútiles, el subnitrate de bismuto, el tanino, el nitrato de plata, el yodoforno y cuantos medicamentos se han preconizado como tópicos para las ulceraciones gástricas. A más del régimen alimenticio, y los alcalinos, yo recomiendo unicamente el reposo absoluto en cama, para impedir toda presión y estiramiento, y las aplicaciones locales de compresas empapadas en agua muy caliente con objeto de estimular algo el trabajo reparador. Obligo á los enfermos á permanecer en cama por lo menos ocho días, y mas tiempo cuando persisten los dolores y los vómitos. Las aplicaciones calientes las aconsejo principalmente por la noche y durante una hora.

En la mayor parte de los casos, hay necesidad de combatir el síntoma estreñimiento, sobre todo mientras los enfermos están sometidos á la dieta lactea exclusiva, y para ello empleamos un laxante alcalino compuesto de sulfato, bicarbonato y clorato de sosa, variando la proporción de las dos primeras sales según el efecto que produzcan.

Cuando los dolores son muy intensos, hay que calmarles,

y entre los distintos medicamentos que con este objeto pueden emplearse yo prefiero la cocaina.

Los vómitos no exigen tratamiento especial, ceden con el régimen alimenticio y los laxantes; pero si en un principio, ni aun la leche alcalina se tolerase, lo mejor es darla helada y á cucharadas cada diez minutos, aumentando la cantidad, y espaciando la dosis, conforme se vaya estableciendo la tolerancia.

El tratamiento de los accidentes graves, hematemesis y perforaciones, será objeto de otra lección.

Gastro-ectasia por estenosis pilórica

HOJA CLÍNICA NÚM. 57.

Sala de S. José n.º 8. Alumno observador: D. Santiago Montero Portas

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

F. J., de 38 años, casado, natural y residente en Odena (Barcelona), labrador, y de vida y costumbres arregladas.

Su padre estuvo nueve años hemipléjico. Ignota las enfermedades que han padecido los demás individuos de su familia.

Hace 20 años padeció una enfermedad que le duró bastante tiempo, y cuyos síntomas principales fueron, dolores intensos en el epigástrico, vómitos y repetidas melenas precedidas de estado vertiginoso, y seguidas de un estado de anemia con debilidad. Esta enfermedad curó, no habiendo padecido desde entonces más que una erisipela de la cara y cuero cabelludo.

La enfermedad actual, cree el enfermo que principió unos trece meses antes de ingresar en el Hospital, y se manifestó primeramente por eructos fétidos y vómitos. Su estado no le ha inspirado cuidado hasta hace unos tres meses, desde cuya fecha los vómitos vienen siendo más frecuentes, y van precedidos de dolores en la región epigástrica. Está en la clínica desde el día 11 de Septiembre, y nosotros le encontramos en la cama que hoy ocupa cuando principiamos el curso.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Permanece en la cama, casi constantemente, por falta de fuerzas. En su cara se reflejan

los sufrimientos y el mal estar general que acusa. Está considerablemente demacrado, teniendo los ojos hundidos en las órbitas, y marcándose extraordinariamente todos los relieves óseos. La temperatura es normal y el pulso blando y pequeño.

TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO.—Tiene apetito y sed intensa. Por la mañana, antes de desayunarse, nota ya eructos fétidos, rejurgitaciones ácidas y náuseas con tendencia al vértigo. Después del desayuno, tiene unos momentos de calma; pero al cabo de muy poco tiempo acusa un dolor quemante en el epigástrico. Por las tardes aumentan los dolores y los eructos, no consiguiendo un momento de calma hasta bien avanzada la noche. Cada dos ó tres días se presentan vómitos arrojando grandes cantidades de un líquido ácido y fétido, en el cual sobrenadan partículas de alimentos no digeridos, y que á veces son los ingeridos varios días antes. Los dolores no guardan relación constante con la ingestión de alimentos, y sólo desaparecen del todo, cuando con los vómitos ó la sonda se evacua completamente el estómago. Hay estreñimiento pertinaz.

EXPLORACIÓN DEL ESTÓMAGO.—Por inspección se nota un abultamiento de la región epigástrica, y fijándose un poco se perciben los movimientos peristálticos del estómago. La palpación no despierta dolor ni permite apreciar tumoración ó induración de los paredes del estómago. Constantemente se puede provocar un ruido de bazuqueo por debajo de la línea costo-umbilical de Bouchard. Insuflando el estómago, la inspección, palpación y percusión permiten comprobar una distensión considerable del estómago y fijar los siguientes límites: la gran curvatura descende hasta dos centímetros por debajo del ombligo, el fondo de saco mayor asciende hasta la sexta costilla, y la pequeña curvatura está á dos centímetros por debajo del apéndice xifoides.

Practicando el cateterismo doce horas después de la última comida, se extraen siempre restos alimenticios.

Evacuado el estómago con la sonda, y previa la administración de la comida de prueba de Ewald, se extrajo una hora después el contenido del estómago, y su análisis dió el siguiente resultado: acidez total, 1,496; ácido clorhídrico libre, 0; ácido láctico, cantidad apreciable con el reactivo de Uffelmann.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Tonos cardíacos algo apagados. Fenómenos de catarro bronquial (silbidos y roncus diseminados por el dorso). Amiostenia, insomnio, y en algunas ocasiones, cefalalgia. Orina escasa, de 800 á 1050 gramos.

DIAGNÓSTICO

Gastro-ectasia, con retención y atonía de las paredes del estómago. A juzgar por los movimientos peristálticos exagerados, y los dolores

casi continuos que aqueja el enfermo, parece muy probable que esta dilatación sea debida á estrechez pilórica, y si tenemos en cuenta que, aunque en fecha remota, ha tenido sintomas de ulceración gástrica, no será aventurado suponer que se trata de una estrechez cicatricial.

PRONÓSTICO

La gastro-ectasia, en el grado que la tiene este enfermo, es siempre una enfermedad grave; pero si es, como suponemos, una estrechez orgánica del piloro, la causa que la ha producido y sostiene, el pronóstico ha de ser gravísimo, pues la medicina no puede aspirar más que á paliar la enfermedad, y sólo con la intervención quirúrgica se podrá lograr la curación.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO

Alimentación á intervalos regulares de seis horas, consistiendo únicamente en leche, somatosa, y carne asada bien picada. Disolución de ácido clorhídrico al 2/000, para tomar 200 gramos, en las dos comidas, de carne. Masaje evacuador á las cuatro horas de las dos comidas principales. Evacuación y lavado del estómago, con una disolución de resorcina todas las mañanas. Gotas amargas de Beaume, para tomar seis antes de las dos comidas.

Con este tratamiento, se consiguió que pasara doce días sin vomitar, y con muy pocos dolores.

El día 14 de Octubre cometió una trasgresión del régimen, y se presentaron otra vez vómitos y dolores intensos, por lo cual se le tuvo con dieta láctea exclusiva hasta el 27 del mismo mes.

Para probar cómo se verificaba la evacuación gástrica, se han suspendido los lavados algunos días, y enseguida han vuelto á presentarse los mismos sintomas. Convencidos de que este enfermo tendria que seguir toda su vida evacuando su estómago con la sonda, y viendo que lejos de nutrirse, adelgazaba, le propusimos la intervención quirúrgica, y para consultarlo con su familia abandonó la clínica el día 31 de Octubre, prometiéndonos volver; pero hasta ahora no lo ha cumplido.