

La mitad derecha de la cara parece colocada en un plano más anterior que la izquierda. La abertura bucal es oblicua, estando más elevada y separada del plano medio la comisura izquierda. Los surcos y pliegues del lado derecho menos marcados, y la abertura palpebral parecía á simple vista algo mayor que la del lado opuesto. Ordenando al enfermo que ejecute movimientos, se observa que hay parálisis completa de los músculos comisurales y nasales del lado derecho, y parexia del superciliar y mitad derecha del frontal. Los movimientos reflejos, abolidos en el lado paralizado.

Ageusia completa en la mitad derecha de la parte anterior de la lengua, no percibiendo el gusto de una disolución de quinina y confundiendo con una sensación de frescura la que produce el ácido láctico. Hipercusia del oído derecho, ó mas bien sensación molesta en este órgano cuando se produce algún ruido.

DIAGNÓSTICO.—Parálisis facial periférica, total en los músculos inervados por el facial inferior, y parcial en los inervados por el superior. Periostitis sífilítica que ha producido la parálisis por compresión del nervio en el acueducto de Falopio.

Tratamiento: Jarabe de Gibert p. t. dos cucharadas diarias. Sesiones electro-farádicas procurando producir rubicundez de la piel de la cara y contracciones de los músculos paralizados.

El enfermo mejoró notablemente, disminuyendo la tumefacción de la región mastoidea, recobrando completamente la motilidad del frontal y superciliar, y empezando á ejecutar movimientos voluntarios con los músculos comisurales y nasales.

Antes de estar completamente curado, pidió el alta y salió del Hospital el 18 de Octubre.

Estudio clínico de las parálisis faciales y diagnóstico de la que padece el enfermo de la hoja clínica núm. 24

Conferencia en cátedra

En la hoja clínica que acabáis de oír leer, se consigna cuanto se ha observado en el enfermo que ocupaba la cama número 10 de la Sala de San José cuando principiámos el curso. Hay en ella muchos puntos interesantes; pero vamos á fijarnos únicamente en la parálisis facial que padece, sirviéndonos para

hacer de este modo el estudio clínico general de esta interesante enfermedad.

Nos llamó enseguida la atención la asimetría de su cara, y empezamos la exploración reconociendo por el tacto la consistencia de los tejidos de uno y otro lado, para de este modo excluir la hemiatrofia facial y adquirir la seguridad de que la referida asimetría dependía de que estaban desigualmente contraídos los músculos de la mitad derecha y de la mitad izquierda. Dada la forma general de las facciones, este enfermo tenía, ó una parálisis de los músculos del lado derecho ó un espasmo de los del lado izquierdo.

Le mandamos enseguida soplar, dirigir las comisuras labiales á uno y otro lado, elevar las ventanas de la nariz, fruncir las cejas y cerrar alternativamente los párpados, y de este modo reconocimos: 1.º que hay integridad completa de los movimientos en todo el lado izquierdo de la cara, con lo cual se desechó la existencia de un hemiespasma de este lado, y quedó aclarado, que la asimetría que se notaba en la cara en estado de reposo, dependía de la parálisis de los músculos del lado derecho, con preponderancia de los del lado izquierdo, cuya tonicidad se conservaba íntegra; 2.º que la parálisis es casi completa en los músculos comisurales y de la ventana de la nariz, poco acentuada en la mitad derecha del frontal y superciliar, y casi nula en el orbicular de los párpados; 3.º que no hay tic ni movimientos coréicos.

Faltábanos sólo hacer el diagnóstico topográfico y etiológico de esta parálisis facial unilateral derecha, para poder deducir el pronóstico y plantear el tratamiento.

La unilateralidad de la parálisis nos permitió desechar su origen miopático. La amiotrofia tipo Landuzy-Dejerine invade simétricamente la cara y, además, es enfermedad propia de la infancia, en la que las amiotrofias y parálisis faciales van asociadas con las de los músculos del cinturón escapular.

La abolición de los reflejos y la falta de estigmas histéricos, nos hizo también excluir las parálisis funcionales sin lesión.

Dentro ya de las parálisis producidas por lesión del sín-

toma nervioso, era preciso principiar por averiguar si ésta radicaba en la neurona central ó en la periférica.

Recordando la localización y trayectos de las neuronas motoras centrales, fácilmente se comprende que una parálisis exclusivamente facial, sólo podría ser explicada por una lesión limitada al pie de la tercera circunvolución frontal y parte inferior de la frontal ó parietal ascendente, ó por una de muy reducida extensión en el centro oval. En la cápsula interna y en los pedúnculos el manojó geniculado está tan en contacto con las vías piramidales y con las fibras radicales del motor ocular común, que no se comprende una lesión de estos sitios sin que los interese á la vez y sin que, por consiguiente, la parálisis facial deje de ir acompañada de hemiplegia y de parálisis alterna de los músculos inervados por el tercer par. Las parálisis por lesión de los centros corticales tienen como caracteres propios: 1.º el estar limitadas á los músculos inervados por las ramas superior ó inferior del facial, por tener su centro estas dos ramas en distintos puntos de la corteza; 2.º el no determinar trastornos tróficos; 3.º el que se conserven los reflejos; 4.º el no dar lugar á la reacción de degeneración. El ver que este enfermo cierra perfectamente los párpados del ojo derecho, nos inclinó al principio á diagnosticar una parálisis de origen cortical, por suponer que había integridad del facial superior; pero fijándonos un poco vimos que se notaba parexia de los músculos frontal y superficial que están inervados por esta rama, y que, por consiguiente, no había tal integridad, sino simplemente lesión menos profunda. Faltaban por otra parte los demás caracteres de las parálisis de origen cortical: los reflejos estaban abolidos, y el no presentarse trastornos tróficos es cosa que también se observa en las parálisis periféricas de mediana intensidad. Aún hubiéramos vacilado en esta parte del diagnóstico, por tratarse de un enfermo sospechoso de sífilis, en cuya infección tan frecuentes son las lesiones corticales, si un síntoma que después recogimos no nos hubiera sacado completamente de dudas. Explorando el sentido del gusto vimos que había ageusia, y este síntoma, en las parálisis facial, es indicador seguro de su origen periférico. Los

filetes gustatorios del facial están contenidos en la cuerda del tímpano, y en su trayecto centrípeto se unen al tronco del nervio poco antes de su salida por el agujero estilo-mastoideo y le abandonan nuevamente antes de llegar al ganglio geniculado, siguiendo ya distinto trayecto hasta los centros (según unos autores van con los nervios petrosos hasta el trigémino, según otros, se unen al nervio de Wrisberg), no formando parte, por consiguiente, del manojó geniculado, ni teniendo relación ninguna con los centros cortico-motores del facial, cuya lesión por estas razones no puede producir trastornos del gusto como los que se observan en este enfermo.

Si la lesión que ha de explicar la parálisis observada no puede radicar ni en la corteza, ni en el centro oval, ni en la cápsula interna, ni en los pedúnculos ó protuberancia, estará necesariamente en la neuroma periférica, debiendo ahora procurar reconocer: si interesa los núcleos, las fibras radiculares en la protuberancia, el tronco del nervio en su trayecto intracraneal, la porción del tronco que está encerrada en el acueducto de Falopio, ó las ramas que se extienden desde la salida del nervio por el agujero estilo-mastoideo hasta los músculos de la cara.

Las columnas que forman en el suelo del cuarto ventrículo los núcleos de los nervios motores, ocupan tan reducido espacio, que muy difícilmente pueden ser éstos invadidos aisladamente por ninguna lesión. Por esta razón, las que interesan esta parte del encéfalo se manifiestan por un cuadro clínico en el que pueden apreciarse atrofas y parálisis en músculos inervados por distintos pares craneales; si invaden la parte superior, producen la oftalmoplegía; si interesan la inferior, la parálisis glosolabio-laríngea. Es casi imposible que esté interesado el núcleo del facial superior, sin que á la vez lo esté el del motor ocular externo, porque los núcleos del facial superior y del inferior, están más distantes entre sí, que lo que está cada uno, de los correspondientes á otros pares. Una lesión muy pequeña no puede interesar á los dos núcleos del facial para así explicar la parálisis de nuestro enfermo, y una lesión algo mayor, interesaría también los núcleos del tercero,

cuarto, quinto y sexto par, por lo menos. Aparte de esto, las fibras gustatorias de la cuerda del tímpano no van á parar á estos núcleos, por todo lo cual, su parálisis no puede ser de origen nuclear.

Las lesiones de las fibras radicales del facial en la protuberancia, van siempre acompañadas de las del manajo piramidal antes de su entrecruzamiento, y unidas las unas á las otras, determinan la parálisis alterna tipo Millard-Gluber que no se observa en este caso.

Desde su origen aparente en la fosita lateral del bulbo, hasta que penetra en el acueducto de Falopio, marcha el tronco del facial unido á los nervios de Wrisberg y acústico, y las lesiones que le interesen en la base del cráneo, no pueden menos de perturbar la audición. Este enfermo no presenta sordera, luego no está interesado el nervio facial en la parte del interior del cráneo que recorre en unión con el acústico.

Dentro del acueducto de Falopio emite el facial varios ramos, cuyo conocimiento es indispensable para hacer el diagnóstico topográfico de sus parálisis. Por el orden con que salen son: 1.º nervio petroso superficial mayor; 2.º nervio petroso superficial menor; 3.º nervio estapédio ó del músculo del estribo, y 4.º cuerda del tímpano. Los dos nervios petrosos uniéndose á otros ramos del glosó-faríngeo, se dirigen á los músculos palato-glosó, peristafilino externo y peristafilino interno, y son interesados en las lesiones del facial que asientan más allá del ganglio geniculado, lo cual se dá á conocer por la parálisis del velo del paladar y los pilares. El estapédio se dirige al músculo del estribo que está encargado de tirar de la cadena de los huesecillos del oído y poner tensa la membrana del tímpano, oponiéndose su parálisis á esta tensión y determinando por ello la audición dolorosa. La cuerda del tímpano, está constituida por filetes vaso-motores y sensitivos, que llegan al facial desde el glosófaringeo por los petrosos, ó desde el intermediario de Wrisberg (no hay todavía acuerdo sobre este punto), emitiéndoles el facial poco antes de su salida por el agujero estilo-mastoideo, para ir á parar, algunos de ellos, á la

glandula sublingual, cuya circulación y secreción presiden, y los otros, al encuenro del lingual, siendo los encargados de transportar las impresiones gustativas de la parte anterior de la lengua; por estos detalles anatómicos se comprende facilmente que las lesiones que interesen al fácial desde el punto de emergencia de la cuerda del tímpano hasta el ganglio geniculado, han de producir trastornos de la secreción salival, sequedad de la mitad de la boca; y del gusto, ageusia, en una de las mitades de la parte anterior de la lengua.

Después de salir por el agujero estilo-mastoideo, dá el fácial unos ramitos aurículo temporales y occipitales, y se divide en dos ramas: una superior que se distribuye por los músculos de la frente, orbicular de los párpados y elevador de las alas de la nariz, y otra inferior que lo hace por el bucinador y músculos de las comisuras labiales, anastomosándose con las ramas del plexo cervical para inervar también algunos musculos del cuello.

Habiendo ya llegado á precisar que la lesión que interesa al nervio fácial de este enfermo asienta en un punto más periférico que el de su entrada en el acueducto de Falopio, pongamos ahora á contribución estos conocimientos de anatomía y fisiología para concluir de aclarar el diagnóstico topográfico. Si la lesión hubiera interesado al nervio después de su salida por el agujero estilo-mastoideo, no habría otros síntomas que los de parálisis de los músculos de la cara, y estaría íntegro el sentido del gusto y la secreción salivar. Si le interesara en el acueducto antes de emitir el músculo estapedio, tendría además audición dolorosa. Si estuviera la lesión entre el ganglio geniculado y el punto de salida de los petrosos, presentaría parálisis del velo del paladar y de los pilares. Obsérvase parálisis de los músculos de la cara con ageusia y audición dolorosa, y no está paralizado el velo del paladar, luego la lesión ha interesado al nervio en el acueducto de Falopio, respetando los filetes de los nervios petrosos.

Precisado ya el diagnóstico topográfico, para formular el etiológico no tendremos que hacer otra cosa sino recordar las causas que pueden producir lesión del nervio fácial en este

punto de su trayecto; y ver cual de ellas es la que ha determinado la de nuestro enfermo.

Las parálisis periféricas del facial, pueden ser debidas á traumatismos ó á neuritis de causa interna. En el grupo de las traumáticas incluimos, no solamente las producidas por heridas, estiramientos, compresiones externas y conmociones, sino también las ocasionadas por tumores y exudados que compriman al nervio. Entre las neuritis comprendemos desde la congestión del neurilema producida por el frío, hasta la destrucción del cilindro eje.

Este enfermo no nos dice que haya sufrido ningún traumatismo, no hay antecedentes de intoxicación, no hay señales de tumor y solamente sospecha haber sufrido la infección sifilítica comprobando nosotros una periostitis del hueso temporal. La periostitis por si sola, sea de la naturaleza que quiera, puede, estendiéndose por el acueducto producir la compresión del nervio. La sífilis puede determinar la parálisis, bien directamente produciendo neuritis, ó dando lugar á la producción de gomas, exóstosis ú osteoperiostitis.

La periostitis es aquí evidente; la infección sifilítica no está claramente demostrada. El enfermo está en la idea de que padece esta infección, y nosotros la creemos muy probable. Sus accidentes venéreos, parecen haber sido blenorragias, chancros blandos y sus consecuencias; pero entre estos últimos, muy bien pudo pasar confundido un chancro sifilítico. No dice haber tenido roseola, placas mucosas, ni otros accidentes secundarios; mas también es muy frecuente que pasen desapercibidos. Hoy presenta poliadenitis, y en la clínica se le han observado tumoraciones del cráneo que no han supurado, y una periostitis, cuya causa, sin la sífilis, no se explica bien. Hay, por último, un dato importante para afirmar la sífilis: que con el tratamiento mercurial han mejorado la periostitis y la parálisis.

El pronóstico de las parálisis faciales, se deduce en primer lugar de su etiología, y en segndo, de su intensidad. Supuesta la sífilis como causa, el pronóstico no es desfavorable. De la intensidad de la lesión nerviosa se juzga en clínica: 1.º, por

el grado y extensión de la parálisis; 2.º, por su duración, y 3.º, por los fenómenos consecutivos que sobrevienen. Las parálisis ligeras, no suelen ser totales, duran poco tiempo, y no van seguidas ni de contracturas, ni de atrofas musculares. Las graves presentan los caracteres opuestos.

Los caracteres de la de nuestro enfermo, permiten incluirla entre las menos graves, y como probablemente la lesión que la ha determinado no ha sido intrínseca, y sí del conducto que recorre, no tiene nada de particular que conforme han ido reabsorbiéndose los exudados que comprimían al nervio, sus funciones hayan ido restableciéndose.

El tratamiento debe principiarse siempre por alejar la causa de la parálisis, y nosotros no hemos hecho otra cosa. El mercurio y el yodo han sido los únicos medicamentos empleados, y con las fricciones y la electroterapia, nos hemos propuesto solamente impedir la atrofia de los músculos por inacción.

Neuralgia ciática y pirexia de dudoso diagnóstico

HOJA CLÍNICA N.º 25

Sala del Sto. Cristo n.º 13

Alumno observador: D. Jaime Vila

M. G. de 27 años, viuda, natural de Fraga (Huesca), residente en Barcelona, dedícase á vender ostras en un portal, y ha sido siempre de costumbres morigeradas.

Sin historia familiar. La menstruación, que principio á los 13 años, ha sido siempre normal. Ha tenido cuatro partos, dando á luz cuatro varones, de los cuales dos murieron á consecuencia del sarampión, y otros dos viven gozando de buena salud.

Padebió en la infancia sarampión y escarlatina, y después ha gozado siempre de buena salud.

El día 11 de Noviembre, estando en el portal de un café vendiendo su mercancía, empezó á sentir dolores y adormecimiento en la nalga, muslo y pierna del lado derecho, con dificultad para andar, atribuyendo estas molestias al frío y á la postura violenta. Se retiró á su casa, y aquella misma noche tuvo un intenso escalofrío seguido de calor y sudor. A la mañana siguiente, encontrándose mejor, volvió á su ocupación

habitual; pero repitiéndose el escalofrío de la noche, y exacerbándose el dolor de la extremidad inferior izquierda, tuvo que renunciar definitivamente á seguir trabajando. Desde entonces los dolores han persistido, y los accesos febriles se han repetido, presentándose una ó dos veces cada día, generalmente en las últimas horas de la tarde ó por la noche. Empezó á los pocos días á perder el apetito y las fuerzas, viéndose obligada á ingresar en la clínica el 27 de Noviembre.

Está en cama porque los dolores de la pierna no la permiten levantarse, y adopta en ella el decúbito supino con inclinación hacia el lado izquierdo, para evitar la presión sobre las partes que duelen. La extremidad inferior izquierda extendida, y la derecha ligeramente flexionada. Su cara expresa languidez. La piel y mucosas palidas. Se conservan bastante bien el panículo adiposo y los músculos, pero la enferma dice que ha perdido carnes en los pocos días que lleva de enfermedad. Temperatura: 37°5 por la mañana y 38°2 por la tarde, Pulsaciones 80 y 90 á las mismas horas.

Acusa dolores en toda la parte posterior de la extremidad inferior derecha, los cuales son continuos; pero se exacerban con los movimientos y el frío. Comprimiendo en todo el trayecto del nervio ciático, se despierta dolor, siendo sobre todo vivísimo, en la escotadura ciática, detras del trocanter mayor, y detras de la cabeza del peroné. Estando la pierna doblada puede flexionarse el muslo basta tocar las paredes abdominales; pero si está estendida, apenas se puede doblar el muslo sin que la enferma acuse vivísimos dolores.

Inapetencia y sed. Pulso pequeño y blando. En la fosa supraespinosa del lado derecho el murmullo vexicular es débil, la inspiración algo áspera, y la espiración ligeramente prolongada.

Examinando la sangre no se encontró elemento anormal alguno. En la orina tampoco se encontró albúmina ni glucosa.

DIAGNÓSTICO.—Neuralgia ciática á frigori, y una fiebre cuya patogenia no se puede precisar con seguridad.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN.—El día que ingresó en la clínica, se la dispusieron tres vejigatorios del tamaño de una moneda de diez reales, para colocarles sobre los tres puntos dolorosos del trayecto del ciático, aplicando después sobre la superficie desnuda un centígramo de cloruro mórfico dos veces al día. Salicilato de sosa, 4 gramos, en seis paquetes, p. t. uno cada cuatro horas. Dieta láctea.

Día 28 de Noviembre: Siguió con el mismo tratamiento y tuvo 37°5 con 80 pulsaciones por la mañana, y 39° con 130 pulsaciones por la tarde.

Día 29: Se suspendió el salicilato de sosa, y se dispuso un gramo de biclorhidrato de quinina en dos sellos. Por la mañana, 37°5 y 90 pulsaciones. Por la tarde, 38°2 con 100 pulsaciones.

Día 30: El mismo tratamiento. Se han calmado los dolores. Por la mañana tiene 37°5 con 85 pulsaciones. Por la tarde, después de un vio-

leno escalofrío, sube la temperatura á 39°,8 y las pulsaciones á 110, su- dando después.

Día 1.º de Diciembre: Se suspende la morfina y sigue con la quinina. Mañana 38º y 100 p. Tarde 39º y 100 p.

Día 2: No ha tenido escalofríos ni sudores. Mañana 38º con 80 pulsa- ciones. Tarde 38º,2 con 90 p.

Día 3: Mañana, 36°,8 con 70 p. Tarde, 38°5 con 90 p.

Día 4: Han vuelto los dolores en el trayecto del ciático, según la en- ferma, por haberse enfriado al bajar al bañado. Se la disponen inyec- ciones con un c. c. de suero quirúrgico, en los puntos doloros. Maña- na 36º, con 70 p. Tarde, 38º,2 con 90.

Día 5: Se suspende el biclorhidrato de quinina y toma: Calomelanos y polvos de jalapa a. a. 50 centigramos, en 2 sellos. Mañana 38º,2 con 80 p. Tarde, 38º,2 con 90.

Día 6: Mañana, 37º con 80 p. Tarde, 38º,5 con 100 p.

Día 7: Mañana, 36º,8 con 78 p. Tarde, 37º,8 con 90 p.

Día 8: Mañana, 37º,8 con 100 p. Tarde, 38º,5 con 120 p.

Día 9: Se la disponen 4 inyecciones hipodérmicas con una disolución de bromhidrato de quinina. Mañana, 37º,5 con 80 p. Tarde, 38º con 80 pulsaciones.

Día 10: Mañana, 38º,5 con 80 p. Tarde, 38º,5 con 100 p.

Día 11: Mañana, 37º con 80 p. Tarde, 38º,2 con 80 p.

Día 12: Mañana, 36º,8 con 70 p. Por la tarde come la enferma con buen apetito é inmediatamente se eleva la temperatura á 39º con 100 pulsaciones.

Día 13: Se han calmado completamente los dolores y le pasa sin ele- vación térmica.

En los días sucesivos ha persistido la apirexia; la enferma come con buen apetito; se levanta todos los días, y por último pide al alta el día 18, pasando por consejo del Profesor al departamento de convale- cientes.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de ciática con pirexia de dudoso diagnóstico de la hoja clínica n.º 25

Dos partes tiene el diagnóstico de esta enferma: la una ex- tremadamente fácil, como ha de serlo el reconocer la existen- cia de una neuralgia ciática cuando se presenta, como en este caso, con todos los síntomas necesarios para que no pueda ser

confundida con ninguna otra enfermedad; la otra de verdadera dificultad, pues se trata de averiguar la patogenia de una fiebre remitente, que ha producido palidez y demacración, que se resiste á la quinina, y que no va acompañada de alteraciones apreciables en ningún órgano. La ciática es una neuralgia que no debe producir fiebre, y si tiene alguna relación con la pirexia en esta enferma, no puede ser otra que la de haber sido ambas producidas por la misma causa.

Los trastornos subjetivos de la sensibilidad, y los que se aprecian por la exploración, son los que corresponden á una neuralgia ciática reciente, que no ha producido trastornos tróficos. Las causas comprobadas en esta enferma, y el curso que ha seguido, inducen á considerarla como producida por el frío y dependiente de una sencilla congestión del neurilema. Con el salicilato de sosa, los 'vegigatorios y la morfina, se calmaron los dolores. Con las inyecciones de suero quirúrgico, desaparecieron definitivamente, sin que tuviéramos ocasión de emplear las inyecciones intraraquídeas de cocaína, que habíamos pensado ensayar en este caso si se mostraba rebelde á los tratamientos clásicos.

Desde que vimos que los dolores cedían con facilidad, se fijó preferentemente nuestra atención en la fiebre, de la cual todavía no hemos encontrado explicación satisfactoria. La hipertermia es continua, con exacerbaciones vespertinas, que cuando son más acusadas van precedidas de escalofrío, y en los momentos de remisión la enferma está animada, y hasta comería con apetito, pero no lo hace por miedo á que la alimentación aumente la fiebre. Esto es lo que viene ocurriendo durante 29 días seguidos, sin que la quinina, ni la antisepsia intestinal hayan logrado dominar la fiebre. Examinada la sangre, no se encontraron hematozoarios. Explorados todos los órganos, uno por uno, no se encontró alteración de ninguna clase. Después de emplear el bromhidrato de quinina en inyecciones faltó el recargo dos días seguidos, y cuando ya nos preparábamos á cantar victoria, la columna termométrica subió otra vez á 39°, á las pocas horas de haber comido la enferma con buen apetito.

¿Qué clase de fiebre es esta? No es gripe, porque no hay fenómenos catarrales, ni dura en esta infección 29 días la fiebre, sino se presenta alguna complicación. No es fiebre tifoidea, porque la fiebre no hubiera sido remitente, y en los días transcurridos se hubieran presentado ya trastornos gastro-intestinales y nerviosos. No es palúdica, porque no cede á la quinina, y no hay hematozoarios en la sangre, ni infarto del bazo. No es una infección debida á los micro-organismos, que son huéspedes habituales del intestino, porque no hay gastricismo, diarrea, fetidez de las deposiciones, dolores ni molestias; y además, porque no suele durar tanto la fiebre en estas infecciones vulgares. En la faringe y narices, no hay vestigios de infección. De afección aguda del aparato respiratorio no se trata, porque no hay tos, dispnea ni dolores torácicos, y porque la exploración no ha encontrado signos físicos que la revelen. Como no hay ictericia, ni dolor, ni abultamiento hepático, no puede pensarse en una infección de origen biliar. La exploración del aparato urinario y el exámen del producto de su secreción, nos hacen también desechar la posibilidad de una afección urinaria que explicara la fiebre. No se encuentran por ninguna parte signos que hagan sospechar la existencia de un foco interno de supuración. En la fiebre que llamaban reumática los piritólogos antiguos, no hay que pensar, porque el síntoma dolor ha desaparecido y la hipertermia persiste; y además, la fiebre del reumatismo cede con el salicilato de sosa. ¿Será una fiebre de origen tuberculoso? Veo signos sospechosos en el vértice derecho, y aun me cuesta trabajo pensar en la tuberculosis pulmonar, porque la enferma no tose. Como más probable, este es el diagnóstico que hoy hago (1):

(1) En los días que siguieron al de esta lección, la fiebre desapareció, y la enferma, después de pasar unos días en la clínica, pasó al departamento de convalecientes. Ya nos íbamos inclinando á pensar que nos habíamos equivocado en el diagnóstico emitido como probable, cuando el día antes de escribir estas cuartillas para enviarlas á la imprenta (30 de Diciembre), volvió á la clínica con fiebre. Daremos cuenta del curso subsiguiente en el segundo trimestre.

Cifo escoliosis desarrollada rápidamente después de una enfermedad febril

HOJA CLÍNICA N.º 26

Sala de San José n.º 7 Alumno observador: D. Jerónimo Vilarrasa

M. B. de 21 años, soltero, natural de Vich, tintorero y alpargatero y de costumbres morigeradas.

El padre tenía el raquis encorvado, y murió á los 43 años de enfermedad no conocida. La madre murió á los 41 años, después de haber sufrido ataques nerviosos. Ha tenido tres hermanos; una niña que murió á los tres años por enfermedad no conocida, y dos varones de los cuales uno murió á los 10 años á consecuencia de una enfermedad de la cabeza, y el otro vive gozando de buena salud.

Durante su infancia estuvo sano y robusto. Hará próximamente dos años, cayó en cama con una fiebre que calificaron de gástrica, porque tenía hipertermia, lengua blanca é inapetencia; esta fiebre duró primero siete semanas, recayendo y necesitando guardar cama otros cuarenta días. Durante la convalecencia de esta enfermedad, empezó á notar dolores vagos en las piernas, brazos y espalda, y sensación marcada de frialdad en las extremidades inferiores. Pasaron así dos ó tres meses, y empezó á darse cuenta de que la fuerza de sus piernas disminuía; de que se cansaba pronto al andar, y de que al menor esfuerzo sudaba, á pesar de comer y dormir perfectamente, y haber recobrado el color y las carnes que perdió durante el período febril de su enfermedad. Su familia y compañeros empezaron á observar que se iba encorvando rápidamente su raquis, siendo la deformidad bien apreciable, cuando aun no había transcurrido un año desde lo que puede considerarse como principio de su enfermedad.

Habiendo empleado infinidad de remedios, se decidió á ingresar en nuestra clínica el día 12 de Octubre.

Nos dice que su enfermedad consiste unicamente, en los dolores que siente en las piernas y cintura, y en la sensación de cansancio que le impide dedicarse á sus ocupaciones habituales. Los dolores no tienen localización precisa, varían de intensidad, y van unidos á una sensación de frío.

Su cara es espresiva y de coloración normal. El desarrollo de sus músculos indica que ha sido, y es de constitución fuerte. En la columna vertebral se observa una cifo-escoliosis de la región dorsal, con curva-

duras compensadoras en las regiones cervical y lumbar, y deformidades consecutivas del tórax. La cifosis es redondeada y principia en la séptima vertebra cervical terminando en la segunda lumbar. La escoliosis tiene la convexidad á la izquierda, y su flecha mide 11 milímetros. El tórax es oblicuo con elevación de la escápula y costillas del lado izquierdo. Puesto en pie, eleva los hombros y dirige hacia atras la cabeza, apareciendo el cuello muy corto y con lordosis muy pronunciada. El pie derecho es un centímetro más corto que el izquierdo, y ambos presentan, los dedos con las falanges estendidas sobre los metatarsianos, y las bóvedas con la curvadura exagerada.

La fuerza muscular aparece normal. Los movimientos se ejecutan con precisión. Se sostiene sin vacilar; lo mismo con los ojos abiertos que cerrados. Al marchar no se observa nada anormal y el trazado, es el que corresponde á un individuo sano. Sensibilidad objetiva, normal.

Los reflejos rotulianos poco acusado. Los reflejos gutural y conjuntival abolidos. Cerrando suavemente los párpados, se presenta en ellos un temblor de oscilaciones rápidas que dura hasta que el enfermo los abre ó cierra con fuerza.

Verificada la suspensión con el aparato de Saire, se modifica ligeramente la escoliosis, reduciéndose la flecha á 8 milímetros.

Ha seguido empleándose la suspensión en sesiones diarias de medio minuto. Ha tomado quince baños sulfurosos á 38° de media hora de duración, y se le ha prescrito el yoduro potásico. Con este tratamiento se ha conseguido que no progrese la escoliosis y que el enfermo diga que ya no le molestan los dolores de la cintura. El temblor de los párpados y la pérdida de fuerza en las piernas, así como los dolores y el frio que en estas partes sentía, han continuado lo mismo. Sigue en la clínica.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de cifo-escoliosis descrito en la hoja clínica núm. 26

Si los casos interesantes se calificaran en la clínica por las dificultades que ofrece su diagnóstico, y por el grado de curiosidad científica que despiertan, este sería el primero de los que hemos tenido en este curso.

Es un joven de 21 años, cuya cara parece que rebosa salud, y que viene á nuestra clínica desde un punto distante, porque una enfermedad crónica, deformándole y mermando la fuerza

de sus piernas, le impide continuar dedicándose al trabajo que le proporcionaba el sustento.

Cuando en el primer interrogatorio recogimos sus antecedentes, y nos refirió como había principiado y evolucionado su enfermedad, lo primero que se nos ocurrió fué que teníamos delante un mielítico ó un polineurítico. Esploramos la sensibilidad, motilidad y troficidad de sus extremidades inferiores, y sólo encontramos una disminución en la intensidad de los reflejos rotulianos y una ligera deformidad de sus pies; pero todo ello tan poco marcado, que no puede servirnos para orientarnos en el diagnóstico. El volumen de los músculos, la sensibilidad objetiva, la fuerza y precisión de los movimientos, y el funcionalismo de los esfínteres, es completamente normal. Por solo los trastornos de la sensibilidad subjetiva que acusaba, y por la disminución de la fuerza muscular de que él se da cuenta, porque se cansa pronto, pero que nosotros no podemos comprobar, no era posible diagnosticar una afección de médula ó nervios.

Seguimos explorando, y nos llamó enseguida la atención una deformidad de la columna vertebral, é interrogando al enfermo sobre cómo había principiado y evolucionado, nos dice que empezó á ser notada por sus compañeros á los tres meses de haber pasado la fiebre gástrica, y cuando ya venía sintiendo cansancio y dolores en las piernas y cintura. Antes de los 19 años estaba bien conformado, y que él no se equivocaba en esta apreciación, nos lo confirma, el que poco antes fué reconocido para ingresar en el ejército, considerándole útil, aunque alegó que sentía dolores y que la pérdida creciente de fuerzas le imposibilitaba para trabajar.

Por último, continuando y terminando su exploración, recojemos como únicos síntomas, el temblor de los párpados y la abolición de los reflejos conjuntival y gutural.

Esto es todo lo que se ha podido observar en este enfermo, y como era muy poco para poder hacer un diagnóstico razonado, aguardamos unos días para seguir observando, y mientras tanto, se escribió á los médicos de Vich para que nos proporcionaran datos más precisos sobre la historia patológica

de su familia, sin que después de recibidos hayamos conseguido más aclaración, y sin que durante el tiempo que lleva el enfermo en nuestra clínica haya ocurrido nada nuevo que pueda disipar nuestras dudas.

La cifo-escoliosis, que es el síntoma más ostensible, ha principiado cuando ya tenía el enfermo 19 años; al poco tiempo de haber estado durante once semanas con una afección febril; se ha desarrollado rápidamente, y va acompañada de temblor en los párpados, de dolores y cansancio en las piernas, y de una ligera deformidad en los pies.

Desde luego está bien claro, que aquí no se trata ni de la escoliosis del raquitismo infantil, ni de la que, como reliquia última de esta distrofia, suele presentarse en los primeros años de la pubertad, puesto que no presenta lesiones raquílicas en ninguna otra parte del esqueleto, y estaba bien formado hasta los 19 años. No es consecutiva á lesiones ó trastornos funcionales de uno de los miembros inferiores. No es debida tampoco, ni á lesiones cutáneas ni á pleuresias.

Si esta escoliosis se presentara, sin ir acompañada de otros síntomas, hubiéramos pensado en las distintas teorías patogénicas que pretenden explicar la escoliosis esencial de la juventud; pero como va acompañada de trastornos del sistema nervioso, y la deformidad raquídea que nosotros observamos, no es de las que comprimen la médula ó las raíces nerviosas, es preciso que investiguemos si todos los síntomas pueden explicarse por una misma enfermedad, ó si la escoliosis y los trastornos nerviosos son fenómenos coexistentes que dependen de distintas causas.

La escoliosis, los dolores, la debilidad muscular y los temblores, han aparecido á la vez; han evolucionado juntos; y parecen haber sido las reliquias de una enfermedad infecciosa, por todo lo cual es lógico admitir entre unos y otros síntomas, una relación etiológica.

El cuadro clínico completo de una de las enfermedades conocidas del sistema nervioso, no se encuentra. Pensando en las neuropatías que pueden producir escoliosis, recordamos tres: el histerismo, la siringomielia y la enfermedad de Friedreich.

La escoliosis se produce en el histerismo por contractura ó parálisis de los músculos que se insertan en el raquis; no es nunca tan acentuada como la que se observa en este caso; se modifica por la suspensión, como todas las que no llegan á producir osteopatias vertebrales, y va acompañada de otros estigmas histéricos; caracteres todos ellos que faltan en la de nuestro enfermo, porque la abolición de los reflejos conjuntival y gutural, no es bastante para diagnosticar esta neurosis. La siringomielia se caracteriza por trastornos sensitivos, tróficos y motores, que ni remotamente se parecen á los aquí observados. En la enfermedad de Friedreich nos detuvimos un momento, porque las deformidades de los pies recuerdan algo las del pie zambo característico de esta enfermedad; porque el temblor es uno de sus síntomas; porque la sensación de frío pudiera explicarse como un trastorno vaso-motor, y porque la escoliosis es en ella casi constante; pero faltan los síntomas que mejor la caracterizan: ataxia, marcha titubeante de tipo cerebeloso, y movimientos atetósicos ó coreiformes; sin estos síntomas, y sin una historia familiar más clara, yo no me atrevo á decir que este enfermo tenga la enfermedad de Friedreich, aun cuando sea, de las tres neuropatias que producen escoliosis, la que se presenta con algunos de los síntomas que tiene nuestro enfermo.

Como véis, hemos intentado hacer el diagnóstico por exclusión, y de él no podemos sacar otra conclusión, sino la de que nuestro enfermo padece una cifo-escoliosis, que se ha desarrollado rápidamente después de una enfermedad infecciosa, y que su origen es probablemente neuropático, por ir acompañada de trastornos nerviosos que no dependen de las incurvaciones del raquis.

Arterio esclerosis en el periodo cardio-vascular

HOJA CLÍNICA N.º 27

Sala de S. José n.º 9

Alumno observador: D. Juan Viñas

R. L. de 70 años, casado, natural de Bensisamet, residente en San Martín de Provensals, labrador y de costumbres morigeradas.

Su madre murió de un aneurisma, y él no recuerda haber padecido anteriormente otra enfermedad que una pulmonía.

No ónoce, con precisión, la fecha en que principió la enfermedad actual, y unicamente nos dice, que en el mes de Junio de 1901 se vió obligado á entrar en el Hospital por sentir calambres, dolores y sensació de frialdad en las estremidades inferiores, trastornos gastro-intestinales, y necesidad de orinar con frecuencia; cuyos síntomas han persistido durante todo el tiempo que viene ocupando la cama donde le encontramos al principiar el curso.

Es un viejo de cara enjuta y pálida, con el círculo senil bien marcado en las corneas, y con la piel seca y rugosa.

Arterias duras y flexuosas. Pulso radial, duro, pequeño, late 60 veces por minuto, y presenta una tensión de 27 centímetros de mercurio midiéndola con el esfigmomanómetro de Potain. Explorando la región cardiaca, no se observa otro signo que el reforzamiento con timbre metlico del segundo tono aórtico.

Dispnea al hacer algún esfuerzo. Lengua saburrosa; dolor á la presión en el epigastrio; algunos días eructos, vómitos alimenticios y diarreas. Cefalalgia y sensación vertiginosa al incorporarse.

Exámen de la orina: De ocho á diez micciones diarias. Volumen, 1,200 c. c. Densidad 1,012, Color, ambarino. No hay elementos anormales.

DIAGNÓSTICO.—Arterio-esclerosis con meiopragias en varios órganos, siendo en la actualidad los trastornos gastro-intestinales los que más molestan al enfermo.

TRATAMIENTO —Dieta lactea. Salicilato de bismuto, 5 gramos—Polvo de carbón vegetal, 2 gramos—Pancreatina 1 gramo, mézclase para 10 sellos tomando tres al día con la leche. En las temporadas que mejora ha la dispepsia, tomaba yoduros.

Sin grandes variaciones, ha permanecido en la clínica treinta días, trasladndole después á otra sala.

Arterio-esclerosis en el periodo mitro-arterial

HOJA CLÍNICA N. 28

Sala del Sto. Cristo n. 4 Alumno observador: D. Francisco Muntaner

A. T. de 69 años, viuda, natural de San Jordi Desvals, residente desde hace 47 años en Barcelona, dedicada al cuidado de su casa y de costumbres arregladas.

Su madre murió á los 50 años de una apoplegia.

Menstruó por primera vez á los 12 años, continuando siempre el período con regularidad y cesando á los 40 años. Ha tenido dos hijos que murieron en edad temprana con accidentes cerebrales.

Padeció en la infancia una fiebre eruptiva. Por dos veces ha tenido fiebres palúdicas de tipo cotidiano y terciano, que cedieron con la quinina. En época remota, que no puede precisar, padeció un ataque de reumatismo agudo generalizado, que la obligó á permanecer bastante tiempo en la cama y fué tratado con sangrías.

Aparte de estas enfermedades, había gozado habitualmente de buena salud, hasta el mes de Febrero del presente año, en el que principió á notar ahogos, palpitaciones cardiacas, dolores en la parte baja del vientre, deseos frecuentes de orinar, y edemas maleolares por las noches.

Aquejando estas mismas molestias ingresó en la clínica el día 5 de Octubre.

Está muchos ratos sentada en la cama porque así respira mejor; la cara pálida; el vientre algo abultado, y los pies con un edema ligero.

Arterias rígidas. Pulso radial pequeño y tenso, late 100 veces por minuto. El trazado esfigmográfico, revela en su conjunto arritmia por desigualdad de amplitud de las ondas, las líneas ascendentes verticales, meseta, desaparición del dicrotismo, línea descendente muy oblicua, y con escasas ondulaciones de elasticidad. Choque precordial bien apreciable, latiendo la punta en el quinto espacio intercostal y en la línea mamilar. La auscultación cardiaca confirma la arritmia, y demuestra el reforzamiento del segundo tono aórtico, sin soplos ni desdoblamientos.

Dispnea con inspiración prolongada. Disminución de la sonoridad en el plano posterior del torax. Silbidos y estertores subcrepitantes diseminados y variables; pero más acusados siempre en las bases y bordes posteriores de los pulmones.

Aqueja molestias en la región epigástrica y en el hipocondrio derecho; pero la palpación no permite reconocer cambios anatómicos en las visceras.

Micciones frecuentes, sin que esté aumentada la cantidad total de orina, ni se observe en este liquido anormalidad alguna.

DIAGNÓSTICO —Arterio-esclerosis, en el período mitro-arterial, con fenómenos de extasis venoso en el aparato respiratorio y edemas en las extremidades inferiores.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN.—El día de su ingreso se la dispuso: reposo y dieta láctea. Con solo este tratamiento desaparecieron á los pocos días los edemas de los pies y la dispnea. Entonces se la prescribió la siguiente fórmula: Yoduro sódico, 2 gramos.—Tintura de lobelia, 20 gotas.—Agua c. 120 gramos.—Jarabe de zarzaparrilla, 30 gramos —Disuélvase y mézclase p. t. tres cucharadas al día.

Siguió con este tratamiento hasta el 14 de Noviembre, en cuyo día

reapareció el ahogo y volvieron á ponerse edematosos los pies, en vista de lo cual se suspendió el yoduro y se dispusieron inyecciones cada seis horas, con 2. c. c. de la solución siguiente: Cafenia, 2 gramos.—Benzoato de sosa, 1 gramo.—Agua esterilizada, 20 gramos. Desde las primeras inyecciones mejoró la enferma y el día 18 pidió el alta.

Miocarditis esclerósica

HOJA CLÍNICA N.º 29

Sala de San Jose n.º 3

Alumno observador: D. Guillermo Salazar

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

P. T. de 52 años, soltero, natural y residente en Barcelona, cochero y de costumbres arregladas. Sin historia patológica familiar.

A los 10 ó 12 años padeció dolores reumáticos en las rodillas y piernas, sin enrojecimiento, que duraron unos tres meses y se curaron metiéndose en un estercolero. A los 19 ó 20 años, una úlcera venérea con infartos ganglionares, que despues de dos meses curó con un medicamento tomado por la vía gástrica, y sin usar ningún tópico. Hace algo más de dos años tuvo un ligero ataque apoplético, con hemiplegia derecha que fué tratada con corrientes eléctricas, y desapareció á los 15 ó 20 días. Casi simultáneamente, empezó á sentir las molestias del padecimiento actual.

Fueron las primeras, dispnea al subir escaleras ó al verificar esfuerzos, vértigos ligeros, cefalea é insomnio. Con alternativas de mejoría y agravación, continuaron estos síntomas por algún tiempo, presentándose despues edemas, que le obligaron á ingresar en el Hospital del Sagrado Corazón, y despues en esta misma clínica, donde ocupó la cama n.º 4, durante el verano pasado. Siendo el mismo alumno que recoge esta historia interno de la clínica cuando por primera vez ingresó en ella este enfermo, recuerda que presentaba: ademas en las extremidades inferiores, soplo sistólico en el foco mitral é hidrotorax; y que se le prescribieron los cardiotónicos y diuréticos; practicándose varias veces la toracentesis con extracción de varios litros de un líquido seroso, con lo cual se consiguió que mejorara bastante y que pidiera el alta á los dos meses.

Muy poco tiempo duró el alivio, teniendo que reingresar en la clínica el día 25 de Septiembre, habiéndonos hecho cargo de su observación, el día 5 de Octubre.

ESTADO DEL ENFERMO EN LOS PRIMEROS DÍAS DE ESTAR
SOMETIDO Á NUESTRA OBSERVACIÓN, Y TRA-
TAMIENTO EMPLEADO

En la primera observación se le encontró: ortopneico, cianósico y anasárquico, las venas yugulares animadas de latidos sincrónicos con los movimientos cardíacos, el pulso pequeño, blando, arrítmico y frecuente, dispnea intensa, signos evidentes de un derrame pleurítico en el lado derecho, que llegaba hasta la punta del omoplato, y de congestión pasiva en ambos pulmones, el hígado aumentado de volumen y sensible á la presión, orina muy escasa, encendida y sedimentosa.

En la imposibilidad de practicar la percusión y auscultación del corazón, con la minuciosidad necesaria para hacer un diagnóstico completo, se formuló sólo el de *hiposistolia con hidrotorax y congestión pulmonar por extasis*.

Estuvo sometido 24 horas á la dieta láctea; tomó 30 gramos de aguar-diente alemán; y el día 6 de Octubre empezó á tomar la digital en forma de maceración, al medio por ciento, consumiendo: el primer día, 100 gramos; el segundo, 90; el tercero, 80; el cuarto, 70, y el quinto, 60.

La orina, desde que empezó á usar la digital, ha sufrido las siguientes modificaciones:

Días	Octubre 7	8	9	10	11	12	13	14	16	18
Volumen	1700	3000	2,500	2,250	2800	2000	2600	1050	1705	1900
Densidad	»	»	»	»	»	»	»	1028	»	»
Urea	»	»	»	»	»	»	»	26,15	»	»
Albu- mina	Vestigios	ves- ti- gios	ves- ti- gios	nada	»	»	»	»	»	»

Conforme fué aumentando la diuresis, se vieron desaparecer los edemas y el hidrotorax, se hizo menos frecuente el pulso, aumentó la tensión arterial, y disminuyó el volumen del hígado.

ESTADO DEL ENFERMO Á LOS 16 DÍAS DE HABERNOS HECHO CARGO DE SU OBSERVACIÓN

EXPLORACIÓN DEL HÁBITO EXTERIOR.—Se levanta todos los días algunas horas, y solo se queja de tener algo débiles las piernas. En cama, guarda con igual comodidad todos los decúbitos, y sólo el izquierdo le produce algo de dificultad respiratoria. Es un hombre corpulento, de bastante panículo adiposo; cara rubicunda, torax y abdomen voluminosos. En las piernas, cicatrices de úlceras y un eczema seco. En la parte superior de la cresta tibial derecha se nota un abultamiento deslizable y doloroso. En el dorso de los pies y maleolos, un ligerísimo edema que desaparece con la posición horizontal. Voz fuerte, carácter entero y facultades intelectuales normales.

EXPLORACIÓN DEL APARATO CIRCULATORIO.—*Corazón.*—Inspección: no se nota abultamiento precordial, ni es visible el choque de la punta. Palpación: la punta late débilmente por encima de la sexta costilla; no hay estremecimiento catario. Auscultación: F. mitral; ritmo bradiastótico, tonos normales, algo prolongado el primero. F. tricúspide; lo mismo. F. aórtico; el primer tono se percibe con dificultad, el segundo algo reforzado. F. pulmonar; primer tono débil, el segundo aun más reforzado que en el aórtico. Percusión: Amplificación de la zona de macidez profunda, que mide 153,11 centímetros cuadrados, y rebasa la línea externa derecha y la mamilar izquierda; la zona de maridez superficial, no aparece aumentada. *Arterias.*—La aorta está dilatada, según se comprueba por percusión. La subclavia derecha, late por encima de la clavícula. Las temporales, flexuosas. La radial, flexuosa, y el pulso es en ella lento, lleno, duro y arrítmico por desigualdad de amplitud y frecuencia en las pulsaciones. El esfigmograma revela estos caracteres y una meseta muy pronunciada. *Venas.*—Las yugulares, repletas y se elevan sincrónicamente con los movimientos respiratorios.

EXPLORACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO.—*Inspección.*—Tipo respiratorio, costal superior; inspiraciones profundas y expiración algo prolongada. *Percusión*—Respirando naturalmente, la sonoridad pulmonar tiene los límites siguientes: en la línea para-esternal derecha, el borde superior de la séptima costilla; en la mamaria del mismo lado, el borde superior de la octava; en la axilar anterior derecha, borde superior de la décima; en el lado izquierdo, los límites están todavía más bajos. Respirando profundamente, apenas descienden los bordes pulmonares. En la región dorsal, se observa submacidez en el lado derecho, hasta por encima del ángulo del omoplato. *Auscultación*—En el plano anterior, el murmullo vexicular es normal en los vértices, percibiéndose es-

tertores secos en el lado izquierdo y subcrepitantes en el derecho. En el plano posterior, está disminuido el murmullo vexicular en la base del pulmón derecho, con estertores subcrepitantes y broncofonía; en el lado izquierdo, se oyen también algunos estertores de gruesas burbujas.

EXPLORACIÓN DEL HÍGADO.—El borde inferior del hígado, rebasa como un través de dedo del reborde costal.

EXPLORACIÓN RADIOSCÓPICA.—En la pantalla se comprobó el aumento de volumen del corazón; la limitación de las excursiones diafragmáticas, y la falta de líquido en las cavidades pleuríticas, ó por lo menos de un líquido capaz de producir opacidad.

PRUEBA DE LA PERMEABILIDAD RENAL CON EL AZUL DE METILENO.—El principio de la eliminación se verificó en el tiempo normal; pero hubo un retardo marcadísimo en su terminación.

DIAGNÓSTICO

Miocarditis esclerósica y dilatación aórtica.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Después de haberse corregido el estado hiposistólico con la digital, se le dejó sin medicación mientras continuó la poliuria.

Como persistían los signos congestivos en pulmones é hígado, se le prescribió: Bromhidrato de quinina, 4 gramos —Polvo de hojas de digital y extracto de convalaria a. a., 2 gramos m.^e p. h. s. a., 40 pildoras, y tomar dos al día —Resorcina y benzo naftol a. a., 1 gramo.—Aceite de ricino, 30 gramos m.^e p. t., una cucharada en ayunas cada dos días.

El enfermo continúa en la clínica en buen estado; pero como fuera del Hospital no puede vivir, sino vuelve á su oficio de cochero, no se le ha podido dar el alta.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de miocarditis esclerósica de la hoja clínica n.º 29

Cuando en los primeros días del curso nos hicimos cargo de la asistencia de este enfermo, estaba cianósico, ortopnéico y anasárquico, presentando además, los signos físicos reveladores de un derrame pleurítico en el lado derecho; y como nos dijeron que unos meses antes había estado otra vez en la

clínica, y que entonces se observó en él un soplo sistólico en la punta, y un derrame pleurítico que exigió la toracentesis, pensamos que se trataría de un estado hiposistólico por insuficiencia mitral, y de una reproducción del derrame, sin que en aquel día nos sacara de nuestro error el no oír el soplo sistólico mitral, pues la debilidad de los sistoles cardiacos podía ser causa de que fuera imperceptible. Cuando ya examinamos más detenidamente la cavidad torácica, y vimos que en la zona oscura del lado derecho se percibían estertores subcrepitantes, y que estos mismos signos estetoscópicos se observaban en la base del pulmón izquierdo, os dije que el derrame era hidrópico, y que no se trataba de una pleuresia, sino de un hidrotorax acompañado de congestión pulmonar pasiva.

Le prescribimos la digital según aconseja Dujardin Beaumetz, y una vez que el sistole fué bastante enérgico para que no pudieran ocultarse los soplos, al no apreciar este signo, ni estremecimientos catarios, ni desdoblamiento de los tonos, os dije que no existía lesión valvular, y que la hiposistolia había sido producida por la fatiga del miocardio atacado de una lesión degenerativa ó inflamatoria. Este diagnóstico se hizo para nosotros más evidente, cuando observamos que con la digital aumentó la amplitud y tensión del pulso, desaparecieron los edemas y la dispnea, y sin embargo persistía la arritmia.

Cuando ya el enfermo tenía las piernas enjutas, podía dormir echado, y comía con buen apetito, nos llamó la atención la persistencia de los signos físicos pulmonares. En ambas bases se notaba, submazidez, disminución del murmullo vesicular y estertores subcrepitantes; pero como todos estos signos eran más acentuados y llegaban á mayor altura en el lado derecho, dudamos si persistiría únicamente la congestión pulmonar pasiva ó habría también hidrotorax, y aun cuando nos inclinamos á la primera hipótesis, quisimos que fuera examinado radioscópicamente por los doctores Comas y Prior, que galantemente atendieron nuestro ruego, practicando la referida exploración, con la que se confirmó la desaparición completa del derrame pleurítico.

Los demás signos que proporcionó la exploración, contribuyeron á precisar más el juicio diagnóstico, y á darnos elementos para formular el pronóstico y plantear el tratamiento.

La dureza y flexuosidad de las radiales y temporales, nos indicaron que era un antiguo ateromatoso. La extensión de la zona de mazidez aórtica, y la elevación de las arterias subclavias, nos permitieron afirmar que había lesión aórtica con dilatación del vaso. La amplitud de la zona de mazidez precordial, la debilidad de los tonos cardiacos, el ritmo bradiastólico del corazón, la arritmia con desigualdad é irregularidad del pulso, nos inclinaron á suponer que la lesión del miocardio era una esclerosis. Habiéndole visto en un ataque de hiposistolia, y persistiendo los signos de éxtasis pulmonar, era indudable que la miocarditis de este enfermo había llegado al período que llama Huchard mitro-arterial, durante el cual ya no hay hipertensión, y en cambio debilitado el músculo, se dilatan las cavidades cardiacas y aumenta la tensión del sistema venoso.

¿Qué relación tienen entre sí las tres lesiones, ó grupos de lesiones que hemos diagnosticado en este enfermo? La de ser debidas á una misma causa: la arterio-esclerosis, y juntas haber contribuído á la hiposistolia. Este enfermo es un arterio-esclerósico como lo son los que ocupan las camas números 6 y 9 de esta misma sala, y las enfermas de las camas números 4 y 10 de la del Santo Cristo, y sin embargo, ¡cuán diferentes son los cuadros sintomáticos que en unos y otros se observan! ¿de qué depende esto? En primer lugar de que la arterio-esclerosis, aunque es lesión generalizada, se la vé interesando desigualmente las vísceras en los distintos enfermos. En segundo lugar, del período en que se encuentra. Si decimos que este enfermo es arterio-esclerósico, es porque nos han enseñado á ver, en el ateroma, la consecuencia de la arteritis obliterante de los vasa-vasorum; en la dilatación de la aorta, la lesión ostensible del ateroma de este vaso; en la miocarditis esclerósica, los efectos isquémicos y la propagación periférica de la inflamación crónica que interesa las ramillas terminales de las arterias coronarias. Sin estas nociones teóricas,

como el riñón está casi íntegro, el cerebro sano, los pulmones é hígado congestionados por éxtasis, hubiéramos dicho solamente, que había miocarditis crónica y dilatación aórtica.

Dentro ya de la variedad de arterio-esclerosis que presenta nuestro enfermo, vemos que la misma miocarditis esclerósica puede manifestarse por cuadros sintomáticos diferentes según la extensión y distribución topográfica de las lesiones. Huchard describe cinco formas: pulmonar, arrítmica, dolorosa, taquicárdica y asistólica. En este caso pudiéramos diagnosticar una forma mixta, arrítmico-asistólica, puesto que la arritmia es constante, y los ataques de asistolia repetidos y alarmantes.

En todas las formas de miocarditis esclerósicas se presenta la asistolia como fase final; pero en este enfermo la hemos visto presentarse cuando aún el miocardio dispone de fibras íntegras para contraerse con energía, por eso ha podido rehacerse con los tónicos cardíacos, cosa que no sucede cuando los ataques de asistolia se presentan como fase final del padecimiento. Hay algo que en este caso produce la fatiga y relajación del miocardio, cuando aún pudiera contraerse con energía; quizá hayan sido obstáculos periféricos que no ha podido vencer, ó desfallecimientos súbitos por isquemia, de los que se ha repuesto con el reposo.

El pronóstico de todas maneras es grave. Al ver como ha reaccionado con la digital, atenuamos algo el formulado en la primera exploración. Con muchos cuidados higiénicos, y un tratamiento conveniente, se podrá prorrogar su vida; pero siempre seguirá arrítmico (cojo del corazón), y con amenaza inminente de nuevos ataques hiposistólicos.

El tratamiento ha sido, hasta ahora, dirigido á combatir la hiposistolia. En un principio dimos la digital á dosis cardiomotora; después hemos procurado sostener los efectos obtenidos, con tónicos cardíacos de acción más debil, y que no ofrecen los peligros de la acumulación digitálica. Hemos procurado sostener la diuresis, y evitar las autointoxicaciones de origen intestinal, con purgantes y antisépticos. Por último, hemos acudido á los yoduros para mantener dilatadas las arterias, evitando así que se fatigue el corazón.

Miocarditis crónica con trastornos cerebrales

HOJA CLÍNICA N.º 30

Sala del Sto. Cristo n.º 11

Alumno observador: D. Andrés Salazar

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

C. G. de 59 años, casada, natural de Pla de Cabra, residente en Barcelona, dedicada al cuidado de su casa, y de costumbres morigeradas.

Su madre murió en un ataque de disnea, y sus dos únicos hermanos de apoplejía.

Menstruó por primera vez á los 14 años, ha tenido tres partos normales, viviendo en la actualidad los tres hijos que dió á luz, y se presentó la menopausia á los 54 años.

Ha gozado anteriormente de buena salud, sin que recuerde haber padecido anteriormente otras enfermedades que catarros bronquiales ligeros.

Desde hace dos años venía notando ahogos y debilidad general; pero no dió importancia á estos síntomas, hasta que en el mes de Julio próximo pasado, acentuándose, vió también que se la hinchaban los pies y que en algunas ocasiones la daban vértigos. Los edemas han ido aumentando, los vértigos se han repetido cada vez con más frecuencia, y desde hace dos días cayó en una postración absoluta, con cefalea, dolores en distintos puntos del cuerpo, suspensión de la secreción urinaria y delirio nocturno; decidiéndose su familia á trasladarla el Hospital, é ingresando en nuestra clínica al día 12 de Octubre.

ESTADO ACTUAL

EXPLORACIÓN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Desde que ingresó en nuestra clínica, está constantemente en cama y no parece que muestra preferencia por ningún decúbito, permaneciendo durante mucho tiempo en uno mismo, y costándola trabajo el cambiarle sin ayuda. Su cara, de ordinario estuporosa, se pone alegre (sin causa para ello) en algunos momentos, y revela contrariedad cuando se trata de explorarla. El color de la piel de la cara, recuerda al del café con leche, con algunas manchas oscuras. Las mucosas pálidas en general, las conjuntivas oculares ligeramente amarillas, círculos seniles en la córnea bien pronunciados. La piel del cuerpo, seca, áspera y flácida. Falta el

panículo adiposo; los músculos están flácidos, y las prominencias óseas se marcan mucho. Edema en las extremidades inferiores, hasta por encima de las rodillas. Ligeramente edematosos los párpados.

Voz apagada y palabra balbuciente. Temperatura, 36°,4. Pulsaciones, 82. Respiraciones, 18

EXPLORACIÓN DEL APARATO CIRCULATORIO.—Corazón: la punta late débilmente en el sexto espacio intercostal, á un centímetro por fuera de la línea mamilar; la zona de macidez profunda ensanchada y rebasando el borde del esternón; tonos cardiacos amortiguados, siendo algo más claro el segundo aórtico Arterias: dilatación de la aorta, apreciable por percusión; elevación de las subclavias; temporales, duras y flexuosas. Pulso radial: pequeño, lento, duro y regular (no es posible sacar el trazado esfigmográfico porque se impacienta la enferma).

EXPLORACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Respiración lenta y profunda, de tipo diafragmático. Tos poco frecuente, débil y húmeda, tragando la enferma los esputos. Las vibraciones vocales no pueden apreciarse por la poca fuerza de la voz. Por percusión y auscultación, se perciben signos de congestión en la base del pulmón izquierdo, (hacia gran rato que guardaba el decúbito de este lado).

EXPLORACIÓN DEL APARATO DIGESTIVO.—Sin apetito ni sed, toma leche cuando se la dan, y no la vomita. Lengua seca y afilada, rojiza en los bordes y punta, y saburosa en el centro. Diarrea no muy abundante, con incontinencia de las materias fecales.

EXÁMEN DX LAS ORINAS.—Hay incontinencia completa, y por las ropas que moja, parece disminuida la cantidad. Extraída con la sonda, se vió que había ligera albuminuria.

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO.—Depresión psíquica acentuada, siendo incapaz de fijar la atención y discurrir; tendencia á la melancolía; accesos inmotivados de hilaridad y de llanto; pérdida completa de la memoria, no recordando ni los sucesos remotos, ni los próximos; delirio con agitación por las noches; sueño intranquilo y de corta duración. Disminución de la fuerza muscular, sin parálisis limitable; al querer ejecutar movimientos con las extremidades inferiores, ó al flexionárselas nosotros, se presentan calambres. Reflejos tendinosos, abolidos. Sensibilidad y reflejos cutáneos y mucosos, normales. Reflejo pupilar, perzoso. Los esfínteres vexical y rectal, paralizados

DIAGNÓSTICO

Miocarditis crónica en período de degeneración. Lesiones difusas en el cerebro.

PRONÓSTICO

Mortal en breve plazo.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

El día 14 de Octubre, se la dispuso el siguiente tratamiento: Cambio frecuente de postura. Cuidados esmerados de limpieza. Dieta láctea. Teobromina en sellos de 50 centigramos, p. t. tres al día.

Día 16: Desde que empezó á tomar la teobromina, aumentó la diuresis, y parece que la enferma está más animada. Para contener la diarrea se prescribe: Sellos con un gramo de salicilato de bismuto, y 25 centigramos de benzonaftol, p. t. seis al día. La temperatura por la tarde, es de 38,°2, con 110 pulsaciones.

Día 17: La temperatura permanece elevada, 38,°5, con 115 pulsaciones. Ha delirado mucho durante la noche. Se observa un eritema sobre la cresta sacra, y se manda dar encima una embrocación con colodion yodofórmico:

Día 18: La temperatura ha bajado á 36,°8. El pulso sigue frecuente, pero muy pequeño. Se acentúan los fenómenos de hipostasis pulmonar.

Día 21: Temperatura 36,°5. El pulso cada vez más débil. Se ha formado una escara del tamaño de la palma de la mano en la región sacra. Se la dispone una poción de cafeina y benzoato de sosa p. t. á cucharadas.

Desde este día la temperatura permanece siempre por bajo de la normal; el pulso es cada vez más frecuente y pequeño; la postración es continua. Se la ponen todos los días dos inyecciones hipodérmicas con un miligramo de sulfato de estrignina.

Sin nuevos síntomas, murió la enferma el día 31 de Octubre.

AUTOPSIA

Abierta la caja craneana, se presentaron las meninges distendidas y fluctuantes. Incindida la dura madre, se derramó una cantidad considerable de líquido seroso. Las venillas de la pia-madre injurgitadas. La substancia gris de los hemisferios cerebrales, pálida y blanduzca. La tela coroidea, congestionada.

Los pulmones congestionados, se tocaban por sus bordes anteriores, sin que se apreciara en ellos otra lesión.

La arteria aorta estaba dilatada en su porción ascendente y en el cayado, y tenía sus paredes rígidas y de consistencia cartilaginosa; abierto este vaso, se vieron en su superficie interna placas ateromatosas, con granulaciones calcáreas, en unos sitios, y focos de reblandecimiento en otros; los orificios de salida de las coronarias son imperceptibles. Las arterias coronarias y sus ramas están esclerosadas; la que recorre el

surco interventricular anterior, aparecía al tacto, rígida, desigual y de una consistencia tan firme como si estuviera oxificada.

Las aurículas y el ventrículo derecho, flácidos y dilatados. El ventrículo izquierdo estaba contraído y presentaba á los cortes un color uniforme de hoja seca, con algunos nodulos pálidos y de consistencia firme.

El riñón del lado izquierdo parecía á simple vista normal. El del lado derecho, tampoco presentaba exteriormente anormalidad alguna; pero al dar un corte desde el lado convexo hasta la pelvis, vimos fluir por distintos puntos gotas de pus que parecían estar contenidas en los tubos colectores ensanchados.

La vegiga de la orina estaba vacía y sus paredes estaban bañadas por un pus de análogo aspecto al encontrado en los riñones. Lavada su superficie interna, no se encontraron ulceraciones en la mucosa.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de miocarditis crónica con trastornos cerebrales, de la hoja clínica núm. 30

Como al traer esta enferma al Hospital dijeron sus allegados que no orinaba hacía días, y se observaron edemas en las piernas y en los párpados, trastornos de las facultades intelectuales y delirio, se pensó, primeramente, en accidentes urémicos.

No habiéndose presentado coma ni convulsiones, faltando las alteraciones del ritmo respiratorio y los vómitos, reaccionando, aunque un poco perezosamente, las pupilas, y no acusando cefalalgias intensas, creímos que antes de diagnosticar en firme la auto-intoxicación urémica, se debía examinar más detenidamente á esta enferma, y sobre todo vigilarla cuidadosamente para saber con seguridad si había anuria ó simplemente incontinencia y oligouria. Como desde los primeros días empezó á tomar la teobromina y leche en abundancia, bien pronto nos convencimos de que no había anuria, y hasta pudimos analizar la orina y ver que sólo existían vestigios de albúmina.

La debilidad del sístole cardíaco, el ensanchamiento de la zona de mazidez precordial, la frecuencia y debilidad del pulso, y los edemas de las estremidades inferiores, nos indujeron á

pensar en una alteración del centro circulatorio. No existiendo síntomas de alteraciones del pericardio, y faltando los soplos, estremecimientos catarios ó desdoblamientos, por los que se pudiera diagnosticar una lesión valvular, debíamos inclinarnos á suponer que la lesión radicaba en el miocardio.

A juzgar por el conjunto de los síntomas que hoy se observan en esta enferma, hubiéramos diagnosticado una degeneración primitiva; pero el estado de las arterias temporales, claramente ateromatosas, y la dilatación de la aorta, nos hicieron más bien suponer que la lesión había sido en sus comienzos inflamatoria, y quizá consecutiva á la esclerosis de las arterias coronarias, habiendo llegado á un período, en el cual, alterado profundamente el miocardio, se ha dilatado bajo la influencia de la presión sanguínea, produciéndose un estado hiposistólico que explica la oligouria, la ligera albuminuria, los edemas y las congestiones de las bases pulmonares.

La auto-intoxicación por insuficiencia de depuración urinaria, podría darnos cuenta de algunos de los síntomas cerebrales que se observan en esta enferma, como nos la dá, indudablemente, de los trastornos del aparato digestivo; pero si nos fijamos en la gravedad y persistencia de los trastornos psíquicos, en la abolición de los reflejos tendinosos, y en la pérdida de la tonicidad de los esfínteres vexical y anal, quizá sea necesario admitir una lesión, hasta cierto punto independiente, del sistema nervioso. Los síntomas nerviosos son difusos, psíquicos casi exclusivamente, y de los que no pueden servir para intentar establecer una localización, siendo solamente esplicables, por una alteración general del cerebro debida á la lesión de sus propios vasos, ó á cambios de presión análogos á los que observamos en los del riñón y aparato respiratorio.

Establecimos un tratamiento puramente sintomático, procurando estimular el miocardio y favorecer la diuresis. Desgraciadamente todo fué inútil, y el pronóstico fatal que formulamos los primeros días, se confirmó muy pronto, muriendo la enferma sin nueva complicación, y por sólo los progresos de su enfermedad.

La autopsia comprobó la existencia de miocarditis con degeneración profunda de las fibras musculares, y una lesión esclerósica ateromatosa extendida á gran parte del sistema arterial. La rigidez y estenosis de las arterias coronarias, parece que viene en apoyo de la hipótesis patogénica que habíamos formulado para explicar, en vida, la alteración del miocardio. En el cerebro pensábamos que íbamos á encontrar focos de reblandecimiento diseminados por los hemisferios cerebrales; pero no hallamos otra cosa que aumento en la cantidad del líquido céfalo-raquídeo y congestión de las venillas de la pía-madre.

Las lesiones encontradas en el riñón derecho, parecían de pielitis por infección ascendente, y quizá fueran, en efecto, consecutivas á la que sobrevino por incontinencia y parálisis del cuello de la vejiga. Estando, al parecer, sano el otro riñón, no hay motivo para suponer que la lesión encontrada en la autopsia, hubiera durante la vida originado insuficiencia renal, pero sí para admitir que hubo algo de septicemia capaz de producir algunos de los trastornos cerebrales observados. Esta supuración renal no fué reconocida durante la vida; y sólo cuando la encontramos en la sala de disección, recordamos que algunas tardes tuvo la enferma elevaciones térmicas, que no se explicaban bien por la enfermedad que habíamos diagnosticado.

Ateroma, miocarditis esclerósica y úlceras varicosas en las piernas

HOJA CLÍNICA N.º 31

Sala del Sto. Cristo, n.º 10—Alumno observador: D. Cayetano Casanovas

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

M. A., de 58 años, viuda, natural de Algodonales (Cádiz), residente en Reus, cocinera y de costumbres morigeradas. Sin historia patológica familiar.

Menstruó por primera vez á los 11 años. Ha tenido 15 partos, dos de

ellos gemelares, con fetos muertos, le viven cuatro hijos, y los demás murieron en los primeros años. La menopausia sobrevino á los 40 años.

Durante los embarazos se la presentaron varices y edemas en las piernas, desapareciendo en los puerperios. Hace cinco años tuvo un antrax en la pierna derecha, que exigió la intervención quirúrgica. Desde hace tres años, tiene un eczema en las piernas y ulceraciones crónicas.

Casi desde que tuvo el antrax, venía notando que orinaba con mucha frecuencia, y que se fatigaba al subir escaleras; pero no dió importancia á estos síntomas, hasta que en el mes de Agosto último empezó á notar verdaderos ahogos con opresión precordial, y vió que se la hinchaban las piernas.

Con estos síntomas ingresó en la clínica quirúrgica, y desde ella fué trasladada á la nuestra el 11 de Noviembre.

ESTADO ACTUAL

HÁBITO EXTERIOR.—Es una mujer obesa, con la cara pálida y los labios ligeramente cianóticos. Guarda en la cama indiferentemente todos los decúbitos. En las extremidades inferiores se observa: edema considerable hasta por encima de las rodillas; venas varicosas; eczema generalizado en la parte anterior de ambas piernas; varias úlceras muy superficiales en la región eczematosa; una úlcera profunda, del tamaño de una moneda de dos pesetas, con mamelones grisáceos, bordes violáceos, segregando pus, y situada en la parte externa y tercio medio de la pierna izquierda; cicatrices de otras úlceras en varios sitios.

APARATO CIRCULATORIO.—*Corazón.*—Choque precordial energético, la punta late en el quinto espacio intercostal por fuera de la línea mamilar, arritmia, los tonos en todos los focos, algo apagados, solamente aparece reforzado el diastólico del orificio aórtico. *Arterias.*—La macidez de los grandes vasos en el mango del esternón, ensanchada; el latido del cayado aórtico, se percibe por encima de la horquilla externa; subclavias elevadas; temporales, fluxuosas y duras. *Pulso radial.*—Duro, 100 pulsaciones por minuto, intermitente, faltando una de cada seis pulsaciones, la tensión, medida con el esfigmomanómetro de Potain, 22 centímetros de mercurio; en el trazado esfigmográfico, línea de ascensión corta y vertical, meseta, falta de ondulación dicrota, y línea descendente oblicua, sin ondulaciones de elasticidad. *Venas.*—Yugulares, algo distendidas; safenas, con varices.

APARATO RESPIRATORIO.—Respiración frecuente. Ligera dispnea á los esfuerzos. Tos con expectoración mucosa. Estertores subcrepitantes en la region inter-escapular.

EXAMEN DE LA ORINA.—Volumen, 1,700 c. c. Albumina y glucosa, ni vestigios.

PRUEBA DE LA PERMEABILIDAD RENAL.—Inyectando 1. c. c. de la solución azul de metileno al $\frac{1}{30}$, esterilizada; á la media hora descubrióse abundante cromógeno, cuando el azul era todavía imperceptible; á la hora, la eliminación del azul era notoria; el máximum de eliminación fué á las seis horas, persistiendo en igual concentración hasta las veinte horas y disminuyendo después gradualmente, hasta las veinticuatro horas; á las ventiseis horas, vuelve á aumentar, sin llegar á la coloración anteriormente observada; hacia las treinta, volvió á disminuir; á las noventa y cuatro horas, no se encontraron ya más que vestigios, y á las noventa y seis había terminado la eliminación, sin que las observaciones hechas á las ciento dos y ciento cuatro horas demostraran reaparición. De la prueba se deduce: que el cromógeno apareció en la orina en el tiempo normal; el azul con retardo; la eliminación con intermitencias, y que hubo retardo considerable en la completa eliminación.

DIAGNÓSTICO

Ateroma con dilatación de la aorta; miocarditis esclerósica; insuficiente depuración renal, y úlceras varicosas en las piernas.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

El día 12 de Noviembre se dispuso el siguiente tratamiento: Reposo. Dieta láctea. Tres sellos de cincuenta centigramos de teobromina, p. t. en las 24 horas. Lavado de las piernas con la disolución bórica tibía, y cura de las úlceras con salol.

Día 16. Ha desaparecido la dispnea y han disminuído considerablemente los edemas de las piernas. El pulso es más lento, 84 pulsaciones por minuto, y han desaparecido las intermitencias. Se la cambia la dieta láctea por la ración ordinaria. Se suspende la teobromina y se dispone: Yoduro sódico 2 gramos.—Agua, c. 100 gramos.—Jarabe, s. 30 gramos. Disuélvase, p. t. tres cucharadas al día.

Siguió la mejoría, cicatrizando las úlceras pequeñas y desapareciendo del todo los edemas. El esfigmomanómetro marca 18 centímetros.

El día 25 se levanta la enferma. La úlcera profunda presenta muy buen aspecto y está en vías de cicatrización.

El día 6 de Diciembre salió la enferma del hospital, sin que aquejara molestias de ninguna clase; pero persistiendo los signos físicos propios de las lesiones de su aparato circulatorio.

**Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de
ateroma, miocarditis esclerósica y
úlceras varicosas, de la hoja clínica n.º 31**

Cuando interrogamos á esta enferma sobre sus antecedentes patológicos, y nos dijo que había sido operada de un antrax, que orinaba con frecuencia, y que tenía sed y buen apetito, en lo primero que pensamos fué en la diabetes, que tan frecuente es en la provincia de Cádiz, de donde procede esta enferma; y no pasamos á explorar ningún órgano hasta después de haber examinado la orina, y ver que no contenía ni vestigios de glucosa. Aun cuando tampoco la poliuria se ha comprobado, en los días que ha permanecido esta enferma en la clínica, no hemos descartado por completo la hipótesis de que tenga una nefritis intersticial, que fué la segunda enfermedad en que pensamos para explicarnos las micciones frecuentes y la sed; pero el reconocimiento practicado en los demás órganos ha suministrado datos suficientes para afirmar, que de existir nefritis, es una lesión secundaria, y que las primitivas se encuentran en el aparato circulatorio.

La palpación de las arterias temporales y radiales, nos demostró que estos vasos están duros y flexuosos; en una palabra, ateromatosos. La mazidez del mango del esternón, unida á la elevación de los vasos del cuello, son signos que indican la existencia de una dilatación aórtica. La desviación de la punta del corazón, la arritmia, los éxtasis venosos y los edemas de las piernas, sin signos de lesión valvular, nos permitieron diagnosticar una miocarditis crónica. Este conjunto de lesiones, se encuentran, casi siempre, ligadas por un lazo común: la arterio-esclerosis, que se demostró en este caso; por la hipertensión arterial que reveló el esfigmógrafo y el esfigmomanómetro; por el reforzamiento del segundo tono aórtico, y por la meiopragia funcional del riñón comprobada con la prueba del azul de metileno.

Esta arterio-esclerosis ha producido ya disistolia, porque

si bien el edema de las piernas es en parte explicable por el estado varicoso de sus venas, la cianosis y los signos de congestión pulmonar no pueden tener otra interpretación. Parece muy probable, que como localización especial de esta arterioesclerosis, exista una nefritis intersticial no muy avanzada, porque el retardo observado en la eliminación del azul de metileno, si no es signo patognomónico de esta lesión, tiene un valor indiscutible.

Con el reposo, diuréticos, dieta láctea y yoduro, se ha conseguido normalizar el funcionalismo de su aparato circulatorio y que desaparecieran los principales síntomas. Como por otra parte las úlceras de las piernas se han cicatrizado, la enferma pidió el alta creyéndose curada. Nosotros ya sabemos que no lo está, y que si continúa trabajando en su oficio no pasará mucho tiempo sin que vuelva á visitarnos.

Degeneración grasosa del corazón

HOJA CLÍNICA N.º 32

Sala de San José, n.º 16.

Alumno observador: D. Cayetano Aguiló.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

J. M., de 44 años, viudo, natural de Tarazona, con residencia variable por su profesión de comisionista, y vida agitada, habiéndose entregado á excesos alcohólicos y venéreos.

Su padre murió diabético á los 64 años. Su madre era obesa, y murió anémica á los 66 años. Tiene dos hermanas, también obesas, que gozan de completa salud.

Hace 20 años contrajo la sífilis, que ha sido tratada con mercuriales y yoduro; pero de una manera poco metódica, por lo cual, ha seguido teniendo manifestaciones secundarias en la piel y mucosa. Ha padecido dos pulmonías: la primera á los 32 años, y la segunda á los 36, siendo tratado en ambas por la sangría. Con frecuencia ha padecido catarros de poca importancia.

Después de la última pulmonía se fué poniendo obeso, y desde hace cinco años empezó á notar: que se dormía aun estando de pié, que se le ponían edematosos los pies, y que se fatigaba al más pequeño exfuerzo.

En este estado siguió algún tiempo, hasta que un día del año 1898, se exacerbaron estos síntomas hasta el extremo de tener que guardar cama y reclamar la asistencia facultativa, logrando mejorarse con los diuréticos y el yoduro potásico. Pasó un año, y se presentó un nuevo ataque, esta vez con anasarca y cianosis, aliviándose también después de quince días de cama, durante los cuales tomó la digital y se evacuó la serosidad por una ulceración que se formó en un pié. Por último, desde hace un mes, viene notando que se agrava cada día, viéndose obligado á ingresar en nuestra clínica, el día 4 de Noviembre.

ESTADO ACTUAL

EXPLORACIÓN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Está en la cama sentado ó medio reclinado sobre el lado derecho, porque en otras posturas la dispnea es intensísima. Es un hombre obeso, cuyo peso ha pasado de cien kilos, y que tiene su grasa formando grandes depósitos en el cuello, regiones mamarias, abdómen y nalgas. El color general de la piel, es cianósico, y muy obscuro en las orejas, labios, lengua, uñas y extremidades abdominales. Los párpados están algo edematosos, y las escleróticas con un tinte subictérico. Está anasarquico; pero los edemas son más acusados en las extremidades inferiores. En la piel de las piernas se observa: un eczema seco, cicatrices de ulceraciones, y manchas de color de jamón.

La temperatura, normal. La voz fuerte y la inteligencia despejada.

EXPLORACIÓN DEL APARATO CIRCULATORIO.—*Corazón.*—Ligero abombamiento de la región precordial; debilidad del choque precordial; la punta late en el quinto espacio intercostal, al nivel de la línea mamilar; macidez profunda, aumentada, rebasando el borde derecho del esternón, y estando limitada hacia el lado izquierdo por una curva de concavidad interna; tonos cardíacos muy débiles en todos los focos, percibiéndolos con alguna más claridad en el tricúspide. *Arterias.*—Los latidos son débiles, y no se observa en ellas ni cambios de volúmen, ni de consistencia. *Pulso radial.*—Pequeño, blando, 74 pulsaciones por minuto; tensión, 12 centímetros. *Venas.*—Yugulares, distendidas y animadas de pulsaciones isocronas con los movimientos respiratorios.

EXPLORACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Respiración de tipo abdominal, repitiéndose los movimientos 36 veces por minuto. Tos con expectoración mucosa. Por la percusión se aprecia, que los bordes pulmonares descienden más abajo de los límites normales. Disminución del murmullo vexicular y estertores subcrepitantes en los bordes posteriores y en las bases pulmonares.

EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS CONTENIDOS EN LA CAVIDAD ABDOMINAL.—Paredes abdominales con una capa considerable de tejido adiposo. El

hígado rebasa en dos traveses de dedo el borde de las costillas falsas.

EXÁMEN DE LA ORINA.— Color, encendido. Cantidad, escasa (no se midió). Albumina, 3,30 gramos por mil.

DIAGNÓSTICO

Obesidad y degeneración grasosa del corazón.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

El día de su ingreso, se le prescribió: Dieta láctea. Aguardiente alemán y jarabe de espino cervical a. a. 30 gramos, p. t. una cucharada cada dos horas.

Desde el día 5 al 10 de Noviembre, estuvo tomaudo la digital á dosis decrecientes, según aconseja Dujardin Beaumetz.

El día 11, se le aplicaron 24 sanguijuelas á las márgenes del ano, y empezó á tomar tres sellos diarios con cincuenta centigramos de teobromina cada uno.

Día 18: Se suspende la teobromina, y se le prescribe: Cafenia, 2 gramos. Benzoato sódico, 1. Agua, 100. Jarabe, s., 30, p. t. una cucharada cada cuatro horas.

Las principales modificaciones observadas, pueden verse en el siguiente cuadro:

Días...	NOVIEMBRE									DICIEMBRE		
	5	6	8	10	12	14	15	20	25	29	1	5
Volumen de orina	»	1850	1500	1275	2000	2300	3000	2000	2150	1900	3000	2000
Albumina	3,30	3,50	2,30	1,90	0,40	0,50	0,4	0,70	»	0,60	0,90	1
Pulsaciones	72	76	74	74	74	72	78	78	74	74	72	74
Tensión arterial	»	12	12	12	14	13,5	15	19,5	»	»	»	»

El día 4 de Diciembre pidió el alta, y salió de la clínica aliviado.