



## Peritonitis crónica

Francisco M..., de 65 años de edad, natural de Berga (Barcelona) y residente en la misma, soltero, de profesión pastor: temperamento sanguíneo; ha vivido en buenas condiciones higiénicas; en su alimentación abundaban preferentemente las substancias vegetales y muy condimentadas.

**Antecedentes hereditarios.**—Ignora de qué enfermedad murieron sus padres; sus hermanos gozan de buena salud.

**Antecedentes morbosos.**—El enfermo se halla en estado de profundo abatimiento, de verdadera hipostenia; circunstancia que hace difícil obtener datos anamnésticos de una manera rigurosa. Sin embargo, asegura que hasta la edad de 64 años gozó de perfecta salud, acusando únicamente algunas veces ligeras molestias gástricas á las cuales no daba importancia alguna.

**Enfermedad actual.**—Empezó hace un año, habiendo ofrecido el curso siguiente. Los primeros síntomas vinieron representados por una sensación de dolor, que aparecía después de las comidas, localizándose en el hueco epigástrico é irradiándose hacia el hipocondrio izquierdo y columna vertebral, principalmente hacia el nivel de las vértebras dorsales octava y novena: junto con este do-

lor aparecieron síntomas de dispepsia ácida caracterizados por inapetencia, eructos ácidos, pirosis y vómitos que ofrecieron caracteres diversos según las fechas: al principio eran fuertemente ácidos y tenían lugar poco tiempo después de la ingestión de los alimentos. Después fueron biliosos, no guardando regularidad alguna en las horas de aparición; más tarde se ofrecían por la mañana, antes de comer, presentando todos los caracteres del vómito gleroso, y por fin tenían lugar sólo cada dos ó tres días, eran abundantes, muy ácidos y constituídos por materiales descompuestos, restos de alimentos que había ingerido dos ó tres días ántes; recordando el enfermo que algunas veces había vomitado granos de arroz sin alteración, á los tres días de ingeridos.

Coincidiendo con estos fenómenos, tuvo ictericia, que curó espontáneamente después de algunas semanas, sin que precise con exactitud la duración.

Tenía habitualmente estreñimiento; y cuando lograba defecar las heces eran duras, fragmentadas, comparables según el enfermo á castañas negruzcas; así fué evolucionando por espacio de un año el proceso morboso, habiendo, sin embargo, algunas alternativas de mejoría, que iban seguidas de nuevo recrudecimiento de los síntomas, hasta que el día 15 del actual, mientras el enfermo estaba apacentando su ganado, sin haber realizado esfuerzo alguno, sintió una sensación como de desgarró al nivel del hueco epigástrico, sobreviniéndole inmediatamente una hematemesis, cuya sangre, en cantidad aproximadamente de un litro, ofrecía un color rojo vivo y era espumosa. Consecutivamente tuvo sed intensa, obnubilación de la vista, palidez de la piel, frialdad y desvanecimiento: en este estado fué trasladado á una casa de campo, donde se le sujetó á una medicación probablemente astringente y á una alimentación muy tenue. Seis días más tarde, el 27 de Octubre, ingresó en la clínica de esta Facultad.

**Estado actual.**—Está enjuto de carnes, rostro tostado, piel apergaminada, profundamente abatido, pero conservando integridad mental.

Los fenómenos que desde luego llaman más poderosamente la atención, se refieren al aparato digestivo. Los dientes, sobre todo los de la mandíbula superior, están desgastados, como limados; hay sequedad por parte de la lengua. El abdomen aparece abultado en totalidad, pero más preferentemente en la región epigástrica: la palpación resulta indolora en todas las zonas abdomina-

les, menos en las regiones hepáticas y epigástrica donde despierta un ligero dolor; hállase un ahernia inguinal derecha fácilmente reductible: la percusión acusa timpanismo en todo el abdomen, menos en la fosa iliaca izquierda al nivel de la S iliaca, donde se nota oscuridad. La tactación rectal revela vacuidad absoluta en todo el segmento de recto donde alcanza el dedo. Hay constipación tenaz; el enfermo no ha tenido nuevos vómitos. ni ha evacuado una sola vez á partir del día 15 del mes actual, en que tuvo lugar la hematemesis.

El aparato respiratorio, normal; en cuanto al circulatorio, la auscultación del corazón revela poca intensidad en los tonos; pulso débil; temperatura 36 grados; orina escasa.

**Diagnóstico.**—Hay dos datos fundamentales que debemos tener en cuenta para establecerlo: la historia gástrica y la hematemesis. ¿De qué depende esta última? ¿Podemos pensar en que viniera provocada por una dishemia? ¿Debemos más bien admitir una lesión del estómago? La cantidad y la calidad de la sangre vomitada, unida á la historia gástrica, hacen más bien inclinar el ánimo en favor de la segunda hipótesis. Admitida una lesión gástrica, ¿se trata de una gastritis varicosa con rotura de alguna vena? Ni los antecedentes, ni la atenta exploración del estado actual, nos proporcionan dato alguno que acuse la existencia de éxtasis sanguíneos: mejor cabe pensar en un proceso ulcerativo, siendo tres principalmente las enfermedades que podrían determinarlo: el cáncer, la gastritis crónica y la úlcera de Rokitanski ó simple. La hipercloridria, la evolución del proceso, los síntomas físicos obtenidos por la exploración, la calidad de la sangre vomitada, etcétera, hacen rechazar el diagnóstico de neoplasia cancerosa en período de ulceración, á pesar de la edad del enfermo. En cuanto á las dos restantes, no son los síntomas lo bastante expresivos para formar un diagnóstico preciso: sin embargo, los caracteres que las sensaciones de dolor han ofrecido durante la evolución del mal y los datos objetivos, hablan más en favor de una *gastritis ulcerativa crónica* que de una úlcera de Rokitanski ó redonda: así es que por exclusión debemos llegar á formular este diagnóstico.

Dado el estado actual del enfermo, existe otra manifestación morbosa que llama la atención, todavía más poderosamente que la misma lesión gástrica: la *constipación tenaz*, comprobada por la falta de evacuaciones desde doce días á esta parte, por el meteorismo, etc. ¿Á qué causa obedece? ¿Es debida á la administración

de un astringente, percloruro de hierro, por ejemplo, administrado al objeto de cohibir la hemorragia? No es posible aceptar esta causa como única, pues no sería el estreñimiento tan tenaz ni de tanta duración. ¿Puede ser debida á la hernia? Tampoco, porque estaría estrangulada, y una estrangulación herniaria no podría durar un intervalo de tiempo tan prolongado sin consecuencias más graves para el enfermo. ¿Puede pensarse en una apendicitis? Faltan datos que comprueben su existencia. Más bien cabe pensar que existe atascamiento de materias fecales, favorecido por la paresia intestinal, es decir, se trata de un hecho de *coprostasis*; hipótesis que viene corroborada por la matidez que al nivel de la S iliaca, en la fosa iliaca izquierda, se nota á la percusión.

**Pronóstico.**—Podríamos esperar el alivio de la lesión gástrica; pero la constipación da mucha gravedad al pronóstico, pues ignoramos qué mecanismo la sostiene y si obedecerá á la terapéutica.

**Tratamiento.**—Dado el estado del enfermo, la indicación que aquí importa cumplir de un modo urgente es vencer la constipación, ya para evitar las fatales consecuencias de la obstrucción intestinal, ya también porque, no habiendo evacuaciones, el estómago, cargado en exceso de materiales, se vería precisado á contraerse para vomitarlas y el vómito podría provocar nuevas gastrorragias.

Están indicados los purgantes y los enemas: el purgante soberano sería el aceite de ricino, pero es nauseoso y aquí importa calmar las náuseas, para evitar nuevas hematemesis. ¿Podría asociársele el opio? De ningún modo, pues aumentaríamos la paresia intestinal. Preferible al opio, para combatir el estado nauseoso, será el hiel y mejor purgante que el aceite de ricino será en este caso, la belladona, á la cual sería útil asociar la cafeína, por ejemplo, al objeto de excitar la contractilidad de la túnica muscular intestinal.

D. Extracto de belladona . . . . .	}	0.10 gramos
» cáscara sagrada . . . . .		
Citrate de cafeína . . . . .	1	»

H. s. a. píldoras núm. 10. Administráronse las 5 primeras una cada hora, y las otras 5 una cada dos horas.

Además se le dieron enemas de

D. Infusión hojas de sen. . . . .	2000 gramos
Sal de Madrid . . . . .	60 »

Una de 1000 gramos *statim*, y en vista del resultado infructuoso, otra con la misma cantidad á las dos horas.

En cuanto á dietética, de momento el enfermo fué sujeto á dieta absoluta.

**Diario clínico:** 27 de Octubre. Tarde.—Ni la poción purgante, ni los enemas, han dado resultado, lográndose únicamente que el líquido del primer enema saliera ligeramente teñido por excrementos. Teniendo en cuenta estos resultados, el profesor clínico Dr. Ribas estableció el siguiente plan: combatir el estado de adinamia del enfermo á beneficio de inyecciones de éter; dar algún alimento, que consistió en leche alcalinizada y helada, y además se le administraron enemas con aceite á 38 grados, colocando el recipiente 0'20 metros encima del nivel de la pelvis. Se utilizó como materia de inyección el aceite, para que lubricara las paredes intestinales y al mismo tiempo disolviera las heces fecales, y á 38 grados, porque frío excitaría la contractilidad de la túnica muscular intestinal, provocando la rápida expulsión del aceite al exterior. La cantidad inyectada fué muy considerable al objeto de que penetrase lo más profundamente posible en el trayecto intestinal. Se le administró un enema por la tarde y tres durante la noche.

28 de Octubre. Mañana.—Durante la noche han repetido los vómitos hasta seis veces, siendo semilíquidos y biliosos; ha tenido hipo; cree haber percibido borborigmos intestinales, que no fueron seguidos de evacuación: de los 4 enemas que se le han dado durante la noche, sólo en el primero salió la materia de inyección ligeramente teñida por excrementos; en cuanto á los tres restantes, el aceite no sufrió modificación alguna, por tanto está libre el tramo intestinal inferior hasta el ciego, no habiendo en consecuencia ocupación de la S iliaca.

*Actualmente* el enfermo está agitado, quejumbroso; en su rostro se retrata la angustia de que es presa; está disneico, cambia constantemente de decúbito; se incorpora; baja al sillico, creyendo poder defecar; pero si bien asegura que por la noche ha logrado expulsar algunos gases por el ano, en cambio esta mañana el esfín-

ter anal ha permanecido absolutamente impermeable. El abdomen se presenta meteorizado, abombado en su totalidad, doloroso á la presión, especialmente en la fosa ilíaca derecha, al nivel del ciego; en este punto el más ligero contacto despierta vivísimo dolor, cuando precisamente la misma zona resultaba ayer indolora á la palpación; en cambio hoy no se encuentra oscuridad al nivel de la fosa ilíaca izquierda: pulso débil, temperatura 35'8. Hay, pues, síntomas evidentes de oclusión intestinal; el enfermo no evacúa: ¿por qué? ¿Trátase simplemente de un atasco de materias fecales por paresia intestinal, de un hecho de coprostasis? ó ¿se trata de un hecho mecánico, de estrangulación herniaria al nivel del orificio interior del conducto, aunque el segmento de hernia que sale por fuera del orificio exterior sea fácilmente reductible? Induce á esta última suposición, aunque no más que en el terreno de la hipótesis, el hecho de que la hernia, una vez reducida por el dedo, vuelve á salir inmediatamente; cabe la posibilidad de que el asa intestinal herniada esté cogida, estrangulada por detrás en el orificio interior.

**Tratamiento.**—Desde el momento que el enfermo, á pesar de su estado, está hipotérmico, debemos procurar hacerle entrar en reacción, reavivar sus energías vitales, para cuyo objeto podemos acudir á las inyecciones de éter, cafeína, aceite alcanforado, etc.

D. Agua. . . . .	10 gramos
Citrato de cafeína . . . . .	1 gramo
Benzoato sódico. . . . .	c. s. para disolver.

Para inyecciones.

Queda una segunda indicación vital que cumplir: vencer la constipación. Dado el síndrome expuesto, teniendo en consideración que, á pesar del plan terapéutico establecido, aun á pesar de las irrigaciones rectales de aceite y de glicerina, lejos de mejorar el enfermo su situación, empeora; creemos que el único recurso racional es la laparotomía. Consultado el Dr. Morales, confirmó el diagnóstico de oclusión intestinal, siendo su opinión el que se practicara inmediatamente la intervención quirúrgica; y así se hizo, proporcionándonos luego una nota detallada de la misma (1).

(1) Invitado por el distinguido profesor de Patología interna, Dr. Robert, para examinar á un enfermo de su clínica, pasé á ella, encontrándome con un sujeto de unos sesenta años próximamente, con un pulso filiforme, vómitos,

28 de Octubre. Tarde.—El pulso es filiforme, los latidos cardiacos débiles, la respiración superficial y lenta, las extremidades in-

frialdad en la piel, mucho más pronunciada en las extremidades, vientre enormemente abultado, timpanismo considerable; presentando, en una palabra, esos cuadros tan gráficos de oclusión intestinal llamados *cólera herniario*.

El paciente tenía una hernia inguinal derecha enterocélica, que parecía tener bridas ó adherencias internas, teniendo en cuenta lo fácil de la taxis y la imposibilidad de mantenerla reducida poco tiempo.

Estando el enfermo en extremo grave y sin esperanzas de vida, expuse mi opinión en la forma siguiente: Se trata de una oclusión intestinal, que debe estar muy cerca de la hernia por la forma del vientre y sus zonas timpánicas. La medicación farmacoiógica resulta impotente. La intervención quirúrgica en este caso puede limitarse á la *quelotomía*, con cuya operación no es fácil lograr el objeto que se persigue, por ser muy limitado el campo operatorio, al objeto de vencer el obstáculo causa de la oclusión; y á la laparotomía con las modificaciones anexas, según lo que se encuentre en el curso de la operación.

Tuve una verdadera satisfacción al encontrar conformes, robusteciendo mi humilde opinión, á los Dres. Robert, y Ribas y Perdigó (profesor clínico, que también había examinado al paciente).

Trasladado el enfermo á la sala de operaciones, se procedió á la *termo-eterización*, elevando la temperatura para buscar la *termogenesis*, que en estos casos es indispensable. Á pesar de ello, continuó el pulso sin rehacerse y persistió la frialdad mencionada; signos de muy mal agüero y que en algunas ocasiones me han obligado á desistir de la operación.

Aprovechando un momento en que parecía iniciarse una débil reacción, practiqué la laparotomía, y, ensanchando la incisión hacia el saco herniario, encontré unas adherencias que desprendí con cuidado. Como notase que la parte de intestino que se herniaba estaba en extremo estenósica, y el estado del operado no podía resistir una reacción intestinal, opté, acto continuo, por establecer un ano artificial en la parte central del intestino inmediata á la citada asa (que correspondía á las últimas porciones del fleon), operación terminada en poco tiempo con las precauciones consiguientes.

Salieron por el ano artificial grandes cantidades de gases y de excrementos, cesando los vómitos y el timpanismo del vientre. Acto continuo se le hicieron multitud de inyecciones de éter clorhídrico, caféina y de suero artificial. Se trasladó el enfermo á la cama, poniéndole franelas calientes y calentadores metálicos, con cuyos medios reaccionó bastante, hasta que por la tarde, seis horas después del acto operatorio, se inició un gran colapso, siendo inútiles cuantos medios se pusieron en práctica, falleciendo el operado ocho horas después de la intervención quirúrgica.

Practicada la necropsia al siguiente día, se encontró la estenosis intestinal que correspondía al asa que se herniaba; y se notaron antiguas adherencias en el epíplon mayor é hipertrofia notable de la capa muscular del estómago.

En esta víscera se encontraron ocho huesos de albaricoques, que por su color indicaban una larga permanencia en la cavidad gástrica.

ANTONIO MORALES.

feriores frías; no contesta á las preguntas que se le dirigen. A las siete de la noche falleció.

**Autopsia.**—Descubierto el tórax, nada se halló de anormal; el máximum de las lesiones radicaban en la cavidad del abdomen, las paredes del estómago estaban engrosadas y esclerosadas, la mucosa tumefacta, de color apizarrado; había restos cicatriciales de antiguas úlceras junto al píloro y una ligera estrechez de este orificio; dentro la cavidad gástrica se hallaron huesos de albaricocque negruzcos, en número de ocho. Descubierto el paquete intestinal, halláronse múltiples bridas fibrosas que mantenían adheridas unas asas intestinales á otras: estas bridas fibrosas debieron ser producidas por una peritonitis antigua, que evolucionó de una manera sorda, hasta que las adherencias exageradas entre las asas intestinales impidieron los movimientos peristálticos; compréndese fácilmente que, imposibilitado el movimiento intestinal, la consecuencia debía ser una retención absoluta de materias fecales, y en tal situación el enfermo forzosamente debía sucumbir.

J. SOLÉ Y FORN.





## Paludismo

Magdalena O..., de 24 años de edad, natural de Benicarló (Castellón de la Plana) y habitante últimamente en Lalloso (Valencia), entró en el hospital de la Santa Cruz el día 10 de Octubre, ocupando la cama n<sup>o</sup> 12 de la sala del Santo Cristo.

**Antecedentes.**—No había estado nunca enferma, hasta que hace unos siete meses que de Benicarló, en donde siempre había habitado, se trasladó á Lalloso. Los dos primeros meses de su estancia en dicho punto pasólos bien; pero, terminados éstos y al entrar el verano, vióse súbitamente acometida una mañana por un violento escalofrío, que le duró cerca de una hora, con castañeteo de dientes y fuerte temblor general, pasado el cual notó una progresiva sensación de calor, cedió el temblor de los miembros; la piel, seca y pálida antes, volvióse lisa y rubicunda; molestábala en extremo una intensa cefalalgia, que fué seguida de náuseas y vómitos biliosos. Duró este estado 8 ó 10 horas, y luego la fiebre bajó rápidamente, humedeciéndose la piel por un profuso sudor con el que se empaparon sus ropas; desaparecieron la cefalalgia y los vómitos, quedando en un estado de profunda postración y tendencia al sueño, estado que se prolongó el resto del día. Al día siguiente levantóse ya de la cama, sintiéndose bien, aunque algo débil, pero sin fiebre y sin frío; mas al nuevo día sorprendiéndola á la

misma hora una crisis igual á la que había sufrido hacia dos días, bajo la acción sucesiva del frío, calor y sudor, acompañado de los mismos trastornos digestivos. Así, sufriendo tales accesos día sí y día no, en la misma forma y casi á la misma hora, pasó cinco meses, sin que se pudiera modificar su estado á pesar de la asistencia facultativa de que fué objeto; decidiéndose por fin á venir al hospital, entrando en nuestra clínica el día anteriormente indicado.

**Estado actual.** --Ofrecíase á la inspección visual con la cara pálida y con un tinte verdoso amarillento, que se retrataba mejor en sus labios y mucosa esclerotal.

Dirigiendo la investigación al aparato digestivo, indicó la enferma tener anorexia, náuseas, vómitos biliosos, sed, sabor amargo y diarrea, con enteralgias y tenesmo rectal el día de la observación (debido quizá esto último á habersele administrado un purgante antes de entrar en el hospital). La lengua saburral, de color amarillento, pero ancha y húmeda; la región epigástrica algo dolorosa á la presión y ligeramente timpánica, síntomas que se extendían casi al resto del abdomen. El hígado algo sensible, pero sin modificación en sus líneas pleximétricas; el bazo aumentado de volumen y doloroso, á veces espontáneamente.

El corazón no ofrecía nada de particular; el pulso débil, rítmico, aunque algo frecuente; temperatura normal, ya que dicho día le correspondía tener apirexia, pues el día anterior había tenido la crisis.

Los demás aparatos no ofrecían nada digno de especial mención.

**Diagnóstico.** - Por los síntomas expuestos y por proceder la enferma de un punto evidentemente palúdico, como se indicará en la etiología, hemos de diagnosticar la enfermedad en cuestión de *paludismo*.

Pero ¿de qué forma clínica se trata? ¿Es simple? ¿Es perniciosa? ¿Es larvada? Indudablemente es simple, ya que los estadios (frío, calor y sudor) se ofrecen con intensidad igual, sin que ninguno de ellos sea tan importante que imprima verdadera gravedad al caso, como sucede en la forma perniciosa, y sin presentarse de un modo enmascarado como en la forma larvada, sino de una manera franca y clara.

Ahora bien: el paludismo simple comprende tres variedades: fiebres intermitentes, fiebres continuas y fiebres remitentes. ¿En qué grupo debemos incluir el presente caso? Evidentemente en el

primero, y, por el tiempo que media entre uno y otro período febril, en el tipo tercianario, ya que los accesos reaparecían cada dos días, dejando un intermedio de apirexia. El caso es, pues, de *fiebres intermitentes tercenarias* ó simplemente *tercianas*, pero que van acompañadas de una complicación, cual es el desorden del aparato digestivo, y especialmente gastroduodenal, y de las vías biliares, que se traduce por los trastornos digestivos indicados y por una ligera ictericia.

**Etiología y patogenia.**—¿Cuál es la causa de tal paludismo? Interrogada la enferma por las condiciones higiénicas del país donde habitaba, indicó que contiguo á él había un riachuelo de agua poco movida, que se encharcaba á menudo formando balsas, que se llenaban pronto de abundante vegetación acuática: esto era causa de que en aquella comarca el paludismo se presentara en forma endémica, verificando el *plasmodium malariae*, causa determinante del proceso morboso; verdaderos estragos, porque á más de aspirar tal atmósfera, tenían que beber de aquella agua estancada, uniéndose al acto respiratorio la ingesta y produciendo por ello á la par trastornos gastrointestinales diversos.

**Pronóstico.**—No debe hacerse grave, pues podemos disponer de buenos recursos para combatirle y, por lo tanto, es de esperar que cederá pronto á la terapéutica, mas siendo simple, cuya forma ofrece en general una rebeldía mucho menor.

**Tratamiento.**—Las indicaciones que había que cumplir eran dos: 1.<sup>a</sup>, regularizar la función del tubo digestivo; y 2.<sup>a</sup>, hacer desaparecer la fiebre atacando el plasmodium. Sin embargo, hay que tener en cuenta que lo segundo está sostenido por lo primero, ya que indudablemente comenzó con el desarreglo digestivo, por la ingestión del agua infecta más que por la respiración, convirtiéndose aquel aparato en el nido de donde partió la infección. Haciendo, pues, una buena limpieza del tubo digestivo por medio de los vomitivos y de los purgantes, se dominarán de un modo directo los trastornos y quizá de un modo indirecto la infección palúdica (aunque el éxito de tal plan hubiera sido más de esperar en los primeros tiempos de la enfermedad). Establecióse, pues, este plan sencillo, acompañado de dieta absoluta, para probar si con ello podía cortarse el mal, y, si acaso no se lograra, apelar entonces á la quinina, arsénico, etc.

Se logró la medicación emetocatórtica mediante:

D. Polvo de ipecacuana. . . . .	1'50 gramos
Azúcar. . . . .	3 »

(m. y d. en 3 papeles ig., uno cada 10 minutos, con abundante agua tibia detrás, á no ser que vomite antes).

Una vez sosegado el antiperistaltismo gástrico, administróse el siguiente purgante en dos veces, con media hora de intervalo:

D. Agua común . . . . .	200 gramos
Sulfato sódico. . . . .	20 »
Jarabe achicorias comp. . . . .	30 »

Tal medicación produjo intensos vómitos biliosos, abundantes evacuaciones alvinas, desapareciendo bastante el tinte amarillo verdoso de la piel; y no apareció la crisis palúdica cual correspondía.

Con el objeto de continuar algo la acción purgante del día anterior, administróse la poción siguiente:

D. Agua común . . . . .	300 gramos
Bitartrato potásico . . . . .	25 »
Jarabe de azahar. . . . .	40 »

(m.: una jícara cada dos horas).

De este modo modificáronse los trastornos gastrointestinales, limpióse la lengua, desapareció el mal sabor de la boca, así como el tinte subictérico que ofrecía, regularizándose la función gastrointestinal, y, sin nada absolutamente de fiebre, se la sometió al uso de

D. Agua de hinojo . . . . .	150 gramos
Bicarbonato sódico. . . . .	2 »
Jarabe de ruibarbo. . . . .	30 »

(m. y ad. una cucharada cada dos horas).

En tal estado y mejorando de día en día con apirexia completa, pasó 10 días; pero al 11.º sobrevino una elevación brusca de temperatura (40º) precedida de escalofrío, con cefalalgia, náuseas, vómitos biliosos, diarrea; el hígado y el bazo dolorosos. ¿Qué había sucedido, pues? ¿Tratábase de un simple catarro gastrointestinal independiente del paludismo ya extinguido, y debido quizá

á una transgresión alimenticia, ó bien se produjo un retoño del paludismo por repululación de la colonia, al parecer extinguida, del plasmodium? Era difícil precisarlo de momento, teniendo que apelar al curso que siguiera el proceso para asegurarlo. Por de pronto lo que interesaba era calmar los síntomas de catarro gastrointestinal, lo que se consiguió con

D. Agua carbónica. . . . . 1 frasco

(á sorbos para calmar el vómito)  
y además el purgante siguiente:

D. Agua común . . . . . 200 gramos  
Bitartrato potásico . . . . . 20 »  
Jarabe de azahar. . . . . 30 »

(m. cuando haya calmado el vómito, una jícara cada dos horas).

Al día siguiente la temperatura bajó á los 37°, lo que indicaba que la fiebre del día anterior no era más que una recrudescencia del paludismo. Optóse, pues, por administrársele la quinina; mas como que aun había tendencia al vómito, ó bien tenía que agregársele un narcótico, el opio p. e., ó bien darle una inyección hipodérmica, estos eran los dos medios más sencillos, prefiriendo lo primero, recetando:

D. Clorhidrato de quinina . . . . . 1 gramo  
Opio en polvo. . . . . 2 centigramos

(m. y d. en 4 sellos iguales).

Ahora bien: ¿debiase administrar en aquel caso la quinina fraccionada ó acumulada? Acumulada, ya que era de temer que volviese á aparecer la fiebre. Dividióse el gramo de quinina en 4 dosis (en sellos p. e.) y dióse 1 sello cada hora.

La fiebre no se reprodujo; pero á los 4 ó 5 días de la elevación térmica, para asegurar más la extinción del mal, administramos, á mas de la quinina (50 centigramos al día), los arsenicales.

D. Licor de Fowler. . . . . 10 gramos

¿Era mejor darlo á gotas ó en poción? Es mejor á gotas, pues en poción casi siempre se altera con las otras sustancias que se agregan. Ordenáronse 4 gotas, tres veces al día antes de las comi-

das. Á los 3 días se aumentó el número de gotas hasta 6. Los fenómenos gastrointestinales desaparecieron por completo, limpióse la lengua, apareció el apetito, adquiriendo la mujer un buen aspecto. Pasaron 12 días sin que apareciese la fiebre, por lo que, encontrándose bien, pidió el alta. Diósele el día 24 de Octubre, habiéndosele aconsejado que no vaya, á lo menos por ahora, al sitio pantanoso de donde vino ó á otro semejante; y, si fuere, que procure salir al principio sólo durante las horas de sol, que tome de vez en cuando, durante algún tiempo, quinina, y que continúe tomando arsénico una temporada, descansando cuando note pena ó malestar en el estómago.

J. SANS TOUS.





## Nefritis parenquimatosa crónica de origen grippal

Pedro B., 55 años de edad, casado, natural de Granadella (Lérida), profesión labrador, temperamento linfático; predominaban en su alimentación las substancias vegetales; bebía vino, aunque no en gran cantidad (unos 500 gramos diarios).

**Antecedentes hereditarios.**— Su padre goza de perfecta salud; su madre falleció á consecuencia de una neoplasia maligna vulvar; de sus tres hijos, dos viven con perfecta salud y otro falleció, ignora de qué enfermedad.

**Antecedentes morbosos.**— Sólo recuerda haber tenido una epistaxis cuando joven, y, ya adulto, sufría bronquitis casi todos los inviernos.

**Enfermedad actual.**— En Junio del presente año tuvo una infección grippal acompañada de fiebre alta, que á los pocos días remitió con los demás síntomas de la grippe; pero la convalecencia fué muy larga, y todavía no estaba perfectamente curado, quiso volver al campo, donde sufrió repetidos enfriamientos consecutivamente á mojaduras; á los dos ó tres días observó el enfermo la formación de edemas que se iniciaron por los tobillos, invadiendo

luego sucesivamente las piernas, muslos, tronco hasta el anasarca; con esto coincidió dolor en ambas regiones lumbares, coloración oscura de la orina y disminución de la cantidad de la misma: después de 5 ó 6 días la orina volvió á ser clara, aumentó la diuresis, disminuyó gradualmente el edema hasta no quedar ya ni vestigios á los ocho días, fecha en que pudo reanudar su trabajo en el campo, cosa que desde entonces le fué más difícil porque se fatigaba fácilmente. Así pasó unos tres meses, hasta que á mediados de Octubre, sin ir precedidos de fenómeno agudo alguno, volvieron á reaparecer los edemas, siguiendo la misma evolución que en el caso anterior; iniciáronse también por los tobillos, para invadir luego las piernas, muslos, mitad inferior del cuerpo; luego se corrieron á la mitad superior, respetando, sin embargo, la cara y las manos: en este estado ingresó el día 10 de Noviembre de 1898 en esta clínica.

**Estado actual.**—Es obeso, cuello corto, tronco redondeado, extremidades abultadas y también redondeadas. La piel tiene en las mejillas un tinte rojo vivo; en cambio en lo restante del cuerpo se presenta pálida, brillante y sin arrugas; á la simple inspección el hecho de mayor relieve es el edema; hállase extendido tanto por las extremidades inferiores y superiores, excepto las manos, como también por el tronco, pero donde mayor desarrollo ofrece es en las partes laterales y posteriores por efecto del decúbito supino que el enfermo guarda constantemente; en la pared del abdomen, por efecto del edema, hállase cambiada la forma de la cicatriz umbilical, que aparece alargada transversalmente: el pene está considerablemente aumentado de volumen, incurvado, como arqueado, dirigida la concavidad hacia atrás, siendo tal la infiltración edematosa que el prepucio, notablemente engrosado, oculta al glande, constituyendo un fimosis que dificulta la libre emisión de la orina: al verificar compresión digital sobre la piel edematosa queda fóvea, que tarda algún tiempo en borrarse.

Existe un aparato que, dadas las condiciones de la enfermedad, debe ser explorado en primer término: el aparato renal. La presión sobre ambas regiones renales resulta sumamente dolorosa: la orina aparece alterada en su cantidad, calidad, color, etc.; la cantidad ha disminuído considerablemente, no siendo posible precísalas con exactitud por el estado del pene, que dificulta el recogerla: la coloración es ligeramente oscura (color de agua de lavar carnes, de algunos autores). En cuanto á la calidad, está notablemente alterada: verificado el análisis por el Sr. Pauli, se ha obte-

nido el siguiente resultado: «Existe la albúmina en la proporción, por 1000, de 6'5, y la urea de 9: hay abundantes leucocitos, pocos hematies, numerosas células epiteliales, cilindros renales de distintas variedades: granulados, epiteliales, purulentos y algunos contorneados; no hay sedimento mineral: la reacción es ácida y el peso específico inferior al normal.»

Siguiendo la exploración, encontramos también alteraciones en el aparato digestivo: aparece la lengua cubierta en sus dos tercios posteriores por una capa saburral amarillo-pardusca con los bordes y punta limpios; tiene mal sabor, inapetencia, polidipsia; el abdomen se ofrece abultado de un modo uniforme: la palpación despierta dolor en el epigastrio, siendo indolora en las restantes zonas abdominales; tiene diarrea desde que empezaron los edemas; actualmente efectúa unas 20 deposiciones diarias, constituidas por materiales líquidos; sujeto el enfermo á dieta láctea, asegura que depone la leche sin alteración alguna inmediatamente después de ingerida: el examen del hígado y del bazo no acusan alteración alguna apreciable.

**Aparato respiratorio.**—Tiene tos breve, poco intensa, de una sola sacudida seguida de expectoración mucosa y escasa; al subir escaleras le sobreviene disnea; la percusión acusa claridad en todo el ámbito pulmonar; á la auscultación se percibe el murmullo vesicular debilitado y algún estertor sibilante sumamente discreto.

**Aparato circulatorio.**—Ni á la inspección ni palpación resulta apreciable el choque de la punta del corazón; es muy difícil, á causa del edema de las paredes torácicas, precisar los límites pleximétricos cardíacos; sin embargo, parece que no rebasan las líneas normales: á la auscultación se ofrece reforzado el ruido sistólico en el foco de la mitral y el diastólico en el aórtico; el trazado esfigmográfico del pulso acusa hipertensión vascular, pues la línea ascendente es casi vertical; en cambio la descendente es casi normal: la frecuencia del pulso está ligeramente aumentada (80 pulsaciones por minuto), pero es rítmico.

La temperatura (37°) es normal; aqueja ligera cefalalgia y una sensación de prurito intenso en las piernas que le obliga á rascarse. En cuanto á fenómenos sensoriales, sólo ha notado el enfermo disminución de la potencia visual.

**Diagnóstico.**—Basta tener en cuenta las alteraciones de la orina, el edema y la evolución de la enfermedad para orientar el diagnóstico hacia un proceso renal.

En efecto, ¿podríamos pensar en atribuir un origen cardíaco al edema? ¿Cabe admitir una lesión vulvar, una miocarditis, una pericarditis, etc., acompañadas de rotura de compensación, de insuficiencia funcional cardíaca consecutivamente á la cual hubiesen sobrevenido éxtasis venosos y tras los éxtasis el anasarca? No existen datos para fundamentar tal suposición; no se aprecian síntomas de hipertrofia ó dilatación cardíaca, ni ruidos de soplo, de frote, etc.; no es posible, pues, admitir una cardiopatía definida, evidente, á pesar del refuerzo sistólico en la punta y diastólico en el foco aórtico: cabe sospechar que aparezca con el tiempo, pero en la actualidad no es posible admitirla todavía: tampoco es posible admitir un trastorno de compensación cardíaca, pues habría más agobio pulmonar, mayor debilidad en los latidos, cianosis, alteraciones en el ritmo del pulso, congestión hepática, renal, etcétera. ¿Puede el anasarca tener un origen hepático? Tampoco hay hecho alguno que permita suponerlo; no hay alteraciones de la glándula hepática objetivas, no hay ascitis, circulación suplementaria, etc; mucho menos podemos buscar la génesis del edema en un trastorno de los órganos respiratorios, dishémico, etcétera, sino que, pensando de una manera lógica, tan sólo cabe admitir un proceso renal: ahora bien: ¿puede venir éste representado por una nefritis crónica intersticial, teniendo en cuenta la edad del enfermo, el uso del vino y la disminución de la potencia visual? Los edemas generalizados, la falta de hipertrofia cardíaca, la disminución de la cantidad de la orina, la gran proporción de albúmina, etc, excluyen la idea de una esclerosis del riñón: eliminados, pues, los anteriores, sólo cabe admitir el diagnóstico establecido: *nefritis parenquimatosa crónica de origen grippal*, apoyando esta opinión en los datos sindrómicos anteriormente expuestos.

**Pronóstico.**—Existe una serie de peligros, pero uno principalmente que obliga á guardar toda clase de reservas en el pronóstico, y es la posibilidad de la uremia. ¿Existe ya? No podemos admitirla aún, sino más bien temer su aparición, teniendo en cuenta el prurito en las piernas, la diarrea, algún estertor, que podrían ser muy bien avanzadas de la uremia.

**Tratamiento.**—Es preciso gran severidad, tanto en el plan dietético como en el farmacológico: importa someter al enfermo á un reposo absoluto para que se verifique el menor número de combustiones posible, pues los productos oxidados irritarían el riñón al ser eliminados al exterior; debe guardar cama, pues á más del reposo se verificarán con más libertad las funciones de la piel: la dieta debe ser exclusivamente láctea, pues la leche deja pocos residuos tóxicos, es diurética y á la par hay la gran ventaja de que este enfermo la tolera perfectamente.

En cuanto á medicación, es claro que si tuviéramos un medicamento capaz de modificar la lesión renal, éste constituiría la indicación fundamental; pero por más que se hayan preconizado los preparados de estroncio, principalmente los yoduros, el fosfato de sosa, los preparados de litio, el cloruro de sodio por Semmola, la fuschina, los compuestos tánicos, especialmente el tanino, etc., debemos, sin embargo, confesar que no existe fármaco alguno capaz de modificar de un modo directo el proceso renal.

Está indicada también la medicación cardiomotora al objeto de sostener las energías del corazón.

La eliminación de los productos tóxicos es uno de los primeros objetivos que debemos proponernos, utilizando para ello las tres grandes vías, renal, cutánea ó intestinal: lo más lógico sería usar la vía directa, la renal; pero hay que tener en cuenta que el riñón está lesionado y que los diuréticos contribuyen á aumentar el estado hiperémico de dicho órgano, y por consiguiente lo único que conseguiremos será hostigar más el riñón, provocando un efecto casi contraproducente; á pesar de estas dificultades el empleo de la medicación diurética constituye la práctica corriente siempre que no existe gran fluxión renal, cuyo síntoma principal se revela por la presencia de hematíes en la orina: no hallándose el enfermo en este caso, ensayaremos el uso de los diuréticos, eligiendo de preferencia los que sean menos irritantes del riñón, como el acetato potásico, diuretina, etc.:

Agua de toronjil . . . . .	150 gramos
Acetato potásico . . . . .	2 »
Jarabe de digital . . . . .	30 »

**Observaciones clínicas.**—*Día 12 de Noviembre.*—Tiene ligera cefalalgia localizada en la región frontal, sensación de hormigueo en las piernas; el edema ha invadido el dorso de la mano izquierda, tendiendo en cambio á disminuir en las paredes anteriores del pe-

cho y abdomen; está disneico (24 respiraciones por minuto); hay ligero aumento de las vibraciones vocales en la región infraclavicular izquierda: á la auscultación se percibe, en el plano anterior, inspiración breve con murmullo vesicular áspero, espiración prolongada y sibilante; en el plano posterior la inspiración es breve, áspera y acompañada de algún estertor sibilante sumamente discreto; la espiración en cambio es larga y sibilante; el aire espirado despidе olor amoniacal; hay tos frecuente de dos ó tres sacudidas seguidas de expectoración; el esputo tiene una coloración amarillo verdosa, es consistente, viscoso, está adherido á una pequeña cantidad de saliva, por lo que la reunión de varios de los mismos, en el fondo de la escupidera, da lugar á la formación de dos capas, una superior espumosa y otra inferior densa y adherente. Toda esta serie de fenómenos indican que se ofrece un cuadro de franca iniciación urémica, siendo el aparato respiratorio el preferentemente afectado (*uremia de forma disneica*); por consiguiente el riñón ha quedado inhábil para las funciones de secreción, y cerrada la vía renal, sería un grave error terapéutico el continuar con la administración de los diuréticos; quedan solamente dos vías para la eliminación de los productos tóxicos, la cutánea y la intestinal; esta última sólo debe ensayarse como recurso extremo, pues el repetido abuso de purgantes expone á graves inconvenientes: mejor será en nuestro caso utilizar la vía cutánea: emplearemos, pues, los diaforéticos, asociándoles un expectorante y un cardiomotor, al objeto este último de vigorizar el corazón.

Infusión hojas de jaborandi. . . . .	200 gramos
Clorhidrato amónico . . . . .	2 »
Tintura de polígala. . . . .	1 »
Sulfato de esparteina . . . . .	0'10 gramo
Rob de saúco . . . . .	30 gramos

Una cucharada cada dos horas.

13 de Noviembre.—El edema ha invadido el dorso de la mano derecha; aumenta en las partes declives, mientras está ya casi borrado en las paredes anteriores del pecho y abdomen: temperatura 37'3°

Sigue tomando la fórmula anterior.

16 de Noviembre.—Continúa el edema en las partes declives, está borrado en las paredes abdominales y en el dorso de la mano izquierda: es muy escasa la cantidad de orina, no siendo posible precisarlo con exactitud por el fimosis que dificulta la emisión

de la misma; ofrece un tinte rojizo oscuro y no deja sedimento. La disnea es mayor (34 respiraciones por minuto); se perciben sibilancias á la inspiración y espiración, de las cuales la primera es corta y la segunda prolongada; hay dolor espontáneo, que se exagera á la presión en la región infraescapular izquierda, percibiéndose en esta misma zona frote pleurítico áspero; la expectoración es escasa, de color amarillo verdoso y muy densa. Tiene cefalalgia, dolor en ambas regiones lumbares y está profundamente abatido; tonos cardíacos apagados, pulso débil y frecuente (108 pulsaciones), temperatura 37°. Fueron suspendidas las fórmulas anteriores, prescribiéndose las siguientes:

Agua destilada . . . . .	30 gramos
Clorhidrato morfina. . . . .	0'30 gramo

Para inyecciones hipodérmicas:

Polvo hojas de digital . . . . .	1 gramo
Agua hirviendo . . . . .	200 gramos

Infúndase, filtrese y añádase:

Licor amoniacal anisado. . . . .	4 gramos
Jarabe de badiana . . . . .	30 »

Una cucharada cada dos horas.

Teobromina . . . . .	4 gramos
----------------------	----------

Divídase en 6 obleas.

Además, teniendo en cuenta los rápidos progresos de la uremia y los escasos resultados de los diaforéticos, se acudió á la última vía que quedaba libre, la intestinal, administrándose los siguientes purgantes:

Aguardiente alemán . . . . .	} 40 gramos
Jarabe de cidra . . . . .	

en dos tomas.

Por la tarde fué prescrito por el Dr. Ribas:

Aceite de ricino . . . . .	50 gramos
Gomosa . . . . .	180 »
Jarabe de menta. . . . .	30 »

en dos tomas.

17 de Noviembre.—Hay emisión involuntaria y casi constante de heces fecales, claras, amarillentas, efecto seguramente de los repetidos purgantes; la diuresis es muy escasa. Fueron suspendidas las fórmulas anteriores, prescribiéndose:

Polvos hojas de digital. . . . .	0'50 gramo
Agua hirviendo . . . . .	200 gramos

Infúndase, filtrese y añádase

Licor amoniaco anisado. . . . .	4 gramos
Jarabe de badiana . . . . .	30 »

Aparte.

Teobromina . . . . .	3 gramos
----------------------	----------

Divídase en 6 obleas.

18 de Noviembre, á las ocho de la mañana.—Siguen los edemas acentuándose en las partes declives; la cantidad de orina es muy exigua; el aire espirado exhala un olor fuertemente amoniaco; la albúmina existe en la orina en la proporción de 7 por 1000; respira penosamente, siendo el tipo de la respiración costo-torácico (23 respiraciones por minuto). Sigue la lengua cubierta en sus dos tercios posteriores, roja, bordes y punta; acusa sensación difusa de dolor en el abdomen; continúa evacuando inconscientemente y casi de un modo continuo materias fecales claras que no despiden olor amoniaco; ritmo cardíaco acelerado, tonos débiles, pulso casi filiforme. Tiene cefalalgia intensa sin localización determinada más bien esparcida difusamente por todo el cráneo; subdelirio tranquilo; hemos podido observar dos ó tres veces movimientos convulsivos, limitados primero al brazo derecho y luego al izquierdo, para desaparecer más tarde, sin que hayan vuelto á repetirse.

18 de Noviembre, tarde.—Está apático, indiferente á cuanto le rodea; tiene los ojos cerrados; permanece constantemente inmóvil en decúbito supino, sumido en verdadero estupor; responde con gran dificultad á las preguntas que le dirigimos; la forma de uremia predominante es, por consiguiente, *cerebral de tipo comatoso*.

Urge, por tanto, una indicación principal que cumplir, excitar fuertemente el cerebro para combatir el coma sin descuidar al mismo tiempo el favorecer la eliminación de los productos tóxicos apelando á la vía intestinal, la única que aquí responde francamente á la medicación.

Agua de azahar . . . . .	200	gramos
Benzoato de cafeína. . . . .	1	»
Espíritu de mindero. . . . .	4	»
Tintura de árnica . . . . .	2	»
Jarabe de cidra . . . . .	30	»

Aparte.

Poción angélica . . . . .	300	gramos
---------------------------	-----	--------

Adminístrase á jicaras en el intervalo de una hora.

*18 de Noviembre*, á las 11 de la mañana.—Sigue en período de coma, de verdadera resolución; respiración laringo-traqueal sumamente difícil y estertorosa; pulso filiforme, apenas apreciable y frecuente (140 pulsaciones por minuto); la lengua está proyectada hacia la parte posterior de la cavidad bucal; estrechez de la abertura pupilar izquierda y dilatación de la derecha: por tanto, existen á la par hechos de miosis y midriasis; las extremidades y punta de la nariz están frías y cubiertas de sudor pegajoso, y, sin embargo, se le interroga sobre su estado actual, y contesta con voz casi imperceptible, que ¡¡sigue bien!! Es que ha perdido la conciencia de sus lesiones.

Dado el estado agónico del enfermo, ¿qué indicaciones importa cumplir? Ninguna que pueda hacernos abrigar esperanzas de éxito. Sin embargo, únicamente para consuelo de la familia apelaremos á las inyecciones de éter, cafeína, etc.

*29 de Noviembre*, tarde.—Ha fallecido á las tres.

Las principales lesiones que reveló la autopsia son las siguientes: aumento de volumen de los riñones, especialmente del derecho; mayor grosor de la porción cortical que de la medular; coloración blanquecina de la superficie exterior de ambos riñones, ofreciendo también un tinte pálido toda la porción cortical: en cambio la medular presenta más bien un matiz rojo oscuro; en la cavidad torácica encontramos adherencias pleurales, sínfisis extensas entre la hoja parietal y la visceral al nivel de la base del pulmón izquierdo; quedando así confirmada la existencia de un foco pleurítico localizado en dicho punto, hecho que se dedujo principalmente de los datos estetoscópicos: había también fenómenos de congestión pulmonar. No pudo hacerse el examen de los órganos contenidos en la cavidad craneal en virtud de la reclamación del cadáver por la familia.

J. SOLÉ Y FORN.

