



Tuberculosis pulmonar

Tipo tórpido

Concepción V..., de 19 años de edad, soltera, natural de San Pelegrí (Lérida), sin oficio determinado, dedicábase tan sólo á los quehaceres ordinarios de la casa y no viéndose obligada por tanto á verificar trabajos penosos. Entró en el Hospital de la Santa Cruz á últimos de Octubre, ocupando la cama núm, 9 de la sala del Santo Cristo.

Antecedentes morbosos.—Á la edad de 9 años padeció una intensa infección grippal que la obligó á guardar cama durante muchos meses. Su convalecencia fué lenta y aunque llegó á reponerse, no logró, sin embargo, una gran robustez, pues fácilmente se acatarraba y perdía el apetito; pero de todos modos no sufrió enfermedad alguna hasta que medio año atrás, debido quizá á impresiones morales fuertes que sufrió y á no poder estar al amparo de su familia, disminuyó su apetito hasta llegar á un estado de anorexia completa, con ineptitud para el trabajo, cansancio á la menor fatiga, tos seca y suave al principio, pero que fué aumentando en intensidad después, tanto que, si los accesos ocurrían después de comer, determinaban fácilmente el vómito de las materias ingeridas. Molestábala además un intenso dolor localizado

casi siempre en el costado derecho, con irradiaciones á veces por todo el tórax. La expectoración, nula al principio, fué tomando luego carácter, sin que jamás hubiese notado la enferma la más ligera cantidad de sangre en sus esputos.

Logró después que renaciera algo el apetito, pero entonces empezaron á molestarla sudores profusos que empapaban por completo sus ropas durante la noche. Iba en aumento la tos, hízose más intenso el dolor de costado y la expectoración más abundante, por lo que decidióse á ingresar en el Hospital para poder ser atendida debidamente.

Antecedentes hereditarios. — En vista de tales datos, que desde luego acusaban trastornos del aparato lesionado, buscáronse en vano antecedentes hereditarios. Sus padres gozan de buena salud, y la única hermana que ha tenido hállase también en un estado higido, sin que además recuerde la enferma que ninguno de su familia haya sufrido enfermedad alguna de pecho.

Estado actual.— Á la inspección ofrécese la cara pálida, de color céreo, los ojos algo hundidos y rodeados de un círculo amaratado, y los labios descoloridos, demostrando todo ello que la nutrición no se verifica en tal enferma en buenas condiciones. El pecho, aunque conserva su grasa, no verifica su excursión amplia en las inspiraciones profundas. Nótase deprimida la zona infraclavicular derecha, en donde la enferma acusa dolor pungitivo, que irradia á todo el lado correspondiente y que la obliga á un constante decúbito supino.

Á la más ligera presión en la región subclavicular derecha, se despierta dolor; y en este mismo sitio, pero en menor grado en la zona izquierda, están aumentadas las vibraciones torácicas.

Á la percusión revélanse las zonas supra é infraclaviculares con macidez completa, aclarándose el sonido hacia las partes bajas. El lado izquierdo está relativamente sonoro en toda su extensión, sin que su tono llegue por eso á ser normal.

Mediante la auscultación se notan en el lado derecho, hacia el vértice, estertores de grandes burbujas á modo de gorgoteo, con pectoriloquia, y en las partes restantes un murmullo vesicular áspero y prolongado en la inspiración. En el lado izquierdo la inspiración va acompañada de murmullo vesicular áspero, espiración breve y confusa, algunos estertores mucosos muy discretos y broncofonia.

En el plano posterior y semiperímetro derecho obsérvanse signos análogos al anterior, aunque menos graduados. Lo contrario acontece con el semiperímetro izquierdo, pues nótase en el vértice aumento de las vibraciones torácicas, macidez casi completa, respiración áspera muy marcada, y fuerte broncofonía.

Tiene tos intensa, seguida de expectoración abundante, purulenta, de aspecto nummular.

El corazón completamente normal, ofreciendo tan sólo el ritmo acelerado y debilidad en sus tonos (110 pulsaciones por minuto). La temperatura, por la mañana, normal; pero por la tarde sufre á veces un recargo de 6 á 7 décimas, con abundante sudor por la noche.

En cuanto al aparato digestivo, acusa la enferma apetito escaso, algo de sed, lengua ancha, húmeda, sin mal sabor y con una capa de saburra; pero al entrar los alimentos en el estómago desarróllase una sensación de dolor tan intensa durante el acto de la digestión, que obliga á la enferma á privarse muchas veces de comer. Terminada la digestión gástrica desaparecen las molestias por completo y la función intestinal se realiza con regularidad.

La orina es escasa, lo que no es de extrañar dados los profusos sudores nocturnos.

No se observan trastornos de la inervación, ofrece la enferma perfecta lucidez de inteligencia, y tan sólo nótase en ella lo que es tan común en los enfermos de su clase, que, siempre optimistas, creen que la enfermedad es muy curable, haciéndose ilusiones hasta en los mismos momentos que preceden á la agonía.

Diagnóstico.—Por los datos indicados, el diagnóstico que debe establecerse es de *tuberculosis pulmonar*.

En efecto: el aumento de vibraciones torácicas, la macidez á la percusión, las modificaciones de la inspiración y espiración, resonancia de la voz, estertores, crujidos y aun gorgoteo, todo ello nos induce á admitir que existe un proceso de condensación pulmonar que en el vértice del lado derecho ha terminado con la destrucción del tejido y formación consecutiva de una cavidad. Pero cabe preguntar: ¿por qué calificar tal proceso de tuberculoso? ¿tales lesiones no podrían depender de otra afección pulmonar que no fuera la tuberculosis, una neumonía crónica supurada, por ejemplo? No, pues la simetría del proceso, y sobre todo el hallarse acantonadas las lesiones principalmente hacia los vértices, todo ello demuestra de un modo indubitable tal naturaleza, ya que dichos caracteres son peculiares de la pneumofimia.

Sentado ya el diagnóstico, hemos de señalar el período en que se halla la enfermedad. De los datos indicados podemos deducir que el pulmón derecho ofrece sus tubérculos en pleno período de fusión, formándose, á medida que se van disgregando, una caverna, como lo indica claramente la depresión subclavicular, el gorgoteo y la pectoriloquia. El pulmón izquierdo está constituido aún por una masa densa, vibrante, al revés del otro, que está ulcerado: de ahí que ofrezca la broncofonia y demás datos físicos indicados.

El análisis microscópico confirmó el diagnóstico establecido por los datos clínicos comprobando la existencia del bacilo de Koch.

Además, como estado intercurrente, sufre una dispepsia dolorosa, de carácter puramente transitorio, pero que es necesario también tener en cuenta al formular el tratamiento.

Etiología y patogenia.—¿Cómo se tuberculizó la enferma objeto de nuestro estudio? No es fácil tarea el establecerlo de un modo concreto, pues, no ofreciendo datos hereditarios que permitan creer en una predisposición á tal enfermedad, hemos de pensar que, aunque sin tendencia hereditaria á enfermar en tal sentido, no obstante el hecho de no ofrecer ya de muy joven una salud completa, el estar sujeta á fuertes impresiones morales, separada de la familia y con una nutrición en extremo deficiente, compréndese muy bien que constituyera su organismo un terreno apto para que en él se cebara el bacilo de Koch, desarrollándose el proceso de un modo paulatino hasta hallarse en el estado en que se encuentra actualmente.

Pronóstico.—No puede hacerse muy halagüeño, y es casi seguro que las lesiones, á pesar de la medicación, irán avanzando, la destrucción pulmonar se acentuará más y más, haciéndose imposible evitar un fatal desenlace.

Tratamiento.—En este caso debe aconsejarse la permanencia en cama, porque la pirexia y lo avanzado de las lesiones, más reclaman la quietud que el movimiento, al propio tiempo que se procure desinfectar el pulmón y disminuir el proceso supurativo. Pero, careciendo aquí de medios que obren de una manera directa sobre las lesiones pulmonares, tenemos que apelar al uso de ciertas sustancias antisépticas que, introducidas en el tubo digestivo y absorbidas, se eliminan luego en gran parte por la mucosa

respiratoria. Pero ¿cómo vamos á castigar con medicamentos de acción marcadamente irritante el tubo digestivo, cuando sabemos que la enferma viene sufriendo una dispepsia dolorosa que la medicación antibacilar agravará?

Antes, pues, que la medicación fundamental es necesario curar tal dispepsia. Para ello metodizaremos la alimentación, permitiendo tan sólo sustancias fácilmente digeribles, y además se le administrará la siguiente fórmula calmante y eupéptica:

D. Clorhidrato de cocaína	0'10 gramo
Carbonato de magnesia	} 1 »
Papaina	
Bicarbonato sódico	1'50 »
Sacaruro de menta	2 gramos

M. y d. en 3 papeletas (una un cuarto de hora antes de cada comida).

Además, con el fin de calmar algo la tos, se le dió una sencilla poción béquica.

D. Agua de lechuga	150 gramos
Benzoato sódico	2 »
Jarabe de tolú	30 »

D. s. a. (Dése una cucharada cada dos horas.)

Observaciones clínicas.—5 de Octubre.—Merced á la medicación anterior, calmó bastante el dolor gástrico, por lo que reiteróse en la misma forma. La tos continuó del mismo modo, quejándose además la enferma de sudores profusos que por la noche la molestaban en extremo, por lo que diósele además

D. Gránulos de sulfato de atropina de $\frac{1}{2}$ miligramo

(Para tomar 2 al día: uno al anochecer y el otro pasada una hora.)

9 de Octubre.—El dolor gástrico había disminuído mucho, pero cambiósese la fórmula, administrando para anestesiar la mucosa:

D. Gotas rojas de Lecointe	4 gramos
Alcohol de menta	2 »

E. s. a. (Dense 6 gotas antes de las comidas, con un poco de agua.)

Y, además, para favorecer las digestiones:

D. Raíz de Colombo en polvo	0'30 gramo
Papaína	1 »
Bicarbonato sódico	1'50 »

M. s. a. y divídese en 3 sellos (uno en cada comida).

13 de Octubre.—Cesaron los dolores de estómago; pero la enferma ofrece hoy síntomas de catarro gástrico, por lo que suspendióse todo lo que tomaba, así como la alimentación, sujetándola á una medicación purgante:

D. Agua hirviendo	200 gramos
Citrato de magnesia	} a. 30 »
Jarabe de limón	

M. s. a. (Dése en 3 ó 4 veces en el intervalo de una hora ú hora y media).

14 de Octubre.—Evacuó bastante, cesando por completo el catarro gástrico; y, para modificar la mucosa gástrica y facilitar las digestiones, recetóse:

D. Polvo de cuasia simaruba.	0'30 gramo
Pepsina amilácea	} a. 1 »
Pancreatina	

M. s. a. y divídese en 3 sellos (para dar antes de las comidas.)

16 de Octubre.—Desaparecida por completo la dispepsia dolorosa y regularizado el funcionamiento gastrointestinal, establecióse la medicación para combatir la afección bacilar:

D. Carbonato de guayacol	0'20 gramo
Yodoformo.	0'10 »
Masa pilular de cinoglosa	0'50 »
Excipiente.	c. s.

M. s. a. y divídese en 8 pildoras iguales (una cada tres horas).

24 de Octubre.—La medicación anterior no alteró el tubo digestivo, pero tampoco tuvo marcado resultado en la afección de pecho, pues la tos continuaba en igual estado y con abundante supuración, la temperatura fué aumentando de día en día, hallándose por la mañana alrededor de los 38° y pasando de los 39° por la tarde; escalofríos repetidos, producidos por la supuración y absorción consecutiva de toxinas, sudores nocturnos, etc.

Con el fin de moderar algo la fiebre, estaba indicada como medicación sintomática la quinina. ¿Cómo administrarla? Acumulada, 3 ó 4 horas (que son las que necesita para ejercer su acción) antes del paroxismo nocturno:

D. Bisulfato de quinina 0'75 gramo

D. en 3 sellos.

Podríamos darlo en una dosis; pero, como quizás no lo toleraría, la dividimos en 3 dosis para dar una cada media hora.

26 de Octubre.—Con ello disminuyó algo la pirexia, aunque no mucho, como era ya de esperar, pues se trata de una fiebre sintomática. Para ensayar si la antipirina surtiría mejor efecto recetóse:

D. Antipirina 0'50 gramo
Azúcar. 1 »

M. y d. en 2 papeles. (Dar uno á la hora del recargo y el otro pasada una hora).

Para combatir la afección pulmonar diósele:

D. Creosota de madera. 1 gramo
Glicerina. 100 gramos
Tintura de catecú } a. 3 »
Tintura de quina. }

M. s. a. (Dése una cucharadita de café antes de las comidas, para ir aumentando si hay tolerancia.)

Además siguen los mismos sellos, antes de las comidas, que se le recetaron desde el día 14.

27 de Octubre.—Tiene dolores intestinales, lo que indica que empieza la intolerancia de la creosota, por lo que suspendióse, así como la antipirina, dándosele entretanto:

D. Clorhidrato de quinina 1 gramo
Polvo de digital 0'20 »

M. s. a. y divídase en 8 sellos (uno cada 3 horas).

31 de Octubre.—Suspendióse lo anterior y volvióse á la creosota, pues el tubo intestinal estaba ya normalizado y la temperatura había ya bajado algo, los sudores eran también menos profusos, por lo que suspendióse la atropina.

3 de Noviembre.—Empezaban á notarse síntomas de intoleran-

cia, por lo que se suspendió, cambiándose la fórmula de creosota con la siguiente:

D. Acido fénico	0'10 gramo
Yodoformo	0'10 »
Masa píl. cinoglosa	0'50 »

M. s. a. y divídese en 8 píldoras iguales (una cada 3 horas).

Antes de las comidas los mismos sellos, pues le van despertando el apetito, verificando perfectamente las digestiones.

4 de Noviembre.—Quéjase de ligeros dolores en el bajo vientre y piernas: unciones con la siguiente pomada:

D. Pomada alcanforada	40 gramos
Láudano Rousseau	3 »

12 de Noviembre.—Ofrécese diarrea bastante considerable, por lo que se substituyeron las píldoras anteriores por esta poción:

D. Poción gomosa	200 gramos
Fosfato de bismuto	3 »
Láudano Sydenham	0'50 gramo
Jar. membrillo	30 gramos

M. s. a. (Dése á cucharadas.)

16 de Noviembre.—Ha disminuído la diarrea, han menguado también los sudores nocturnos, la tos se ha calmado bastante y disminuye la expectoración. Duerme bien por la noche, todo lo cual demuestra que la tuberculosis ha pasado del período agudo al subagudo. Sigue la caverna del pulmón derecho en el mismo estado, habiendo disminuído bastante el gorgoteo y por tanto la supuración. Se sometió á una sencilla medicación:

D. Ácido agállico	0'60 gramo
Excip.	c. s.

M. s. a. y divídese en 6 píldoras iguales. (Dar una cada cuatro horas.)

23 de Noviembre.—Habiendo ya descansado bastantes días, se dieron de nuevo los antisépticos pulmonares, sustituyendo las anteriores píldoras por las siguientes:

D. Tanino	0'60 gramo
Carbonato de creosota	0'20 »

M. a. s. y divídase en 6 píldoras iguales (1 cada 4 horas).

25 de Noviembre.—Ofreciase de nuevo diarrea, que obligó á suspender la medicación anterior, dándosele:

D. Poción gomosa	200 gramos
Subnitrato bismuto.	3 »
Tintura de opio	1 gramo
Jarabe de membrillo	30 gramos

M. s. a. (Dése á cucharadas.)

Suspendiéronse los sellos que tomaba antes de las comidas, siendo sustituidos por:

D. Fosfato básico de cal	2 gramos
Polvo de cuasia.	0'30 gramo
Pepsina.	} a. 1
Pancreatina.	

M. s. a. y divídese en 3 sellos (con las comidas).

28 de Noviembre.—Cesó la diarrea, por lo que suprimiósese la poción anterior, siguiendo los sellos antes de las comidas y dando además:

D. Cápsulas de terpinol núm. 6

(Para tomar una cada 4 horas.)

13 de Diciembre.—Va mejorando rápidamente, aumenta el apetito, digiere perfectamente, ha desaparecido la diarrea, no hay fiebre ni sudores nocturnos, la molesta una tos ligera, que se combate con:

D. Píldoras de masa de cinoglosa de 0'10 gramo

(Hasta que la tos calme.)

Además aumentáronse las cápsulas de terpinol hasta 8.

Se ha ofrecido, pues, una remisión notable de los síntomas, remisión que no era de esperar, como hemos indicado al hablar del pronóstico, dado el ímpetu con que se iniciaron, aun más en esta enfermedad, que por desgracia va siguiendo su curso invasor hasta la terminación fatal. Hemos de pensar, pues, que la medicación establecida modificó profundamente la marcha de la afección, haciendo que la supuración pulmonar disminuyera de un modo notable y con ella el cortejo de síntomas con que va encadenada; no

obstante, los signos físicos de la enfermedad restan todos aún, si bien algo disminuídos. En la caverna ha disminuído mucho el gorgoteo, lo que hace pensar que esté en vías de cicatrización; han disminuído los estertores, aunque resta la macidez de los vértices, broncofonía en el lado izquierdo y pectoriloquia en el derecho; de modo que quizá, restaurando el organismo con una buena alimentación, aire puro, luz abundante y tranquilidad de espíritu, sin hacer esfuerzos que puedan perjudicarla, haciendo por tanto una vida puramente vegetativa, podría aún lograrse algún resultado, rectificando algo la nota pronóstica. Es por esto que, habiendo perdido el alta, diósele el 18 de Diciembre, dándole consejos en el indicado sentido por si tenía medio hábil de realizarlos, siguiendo al propio tiempo la medicación á que estaba sujeta ú otra semejante durante una buena temporada.

JUAN SANS TOUS.





Peritonitis tuberculosa

José S..., 13 años de edad, natural de Torá (Lérida), obrero, temperamento linfático, vivía en un piso oscuro y mal ventilado; alimentación insuficiente.

Antecedentes hereditarios.—Aunque difícil el interrogatorio, dada la poca edad y la escasa ilustración del enfermo, ha resultado que su padre padece fuertes accesos de tos, principalmente por la mañana al levantarse; que su madre es nerviosa y de carácter irascible; y que de sus ocho hermanos han muerto tres: uno á los dos años á consecuencia de una herida contusa, otro de sofocación á los seis meses, y el tercero al parecer de meningitis granulosa. Los demás gozan de buena salud.

Antecedentes morbosos.—No había tenido enfermedad alguna hasta Enero de este año, en que empezó á sentir un ligero dolor en la región lateral izquierda del cuello, con aparición de algunos pequeños ganglios infartados. Quince días después apareció un nuevo dolor pungitivo en la ingle derecha, que se exacerbaba con los movimientos de extensión del muslo, por lo cual claudicaba al andar. Explorada dicha región, halláronse también algunos pequeños ganglios infartados.

En el último Mayo empezó á desarrollarse el proceso actual, después de haber recibido algunas contusiones (puntapiés) en las paredes abdominales, que interesarían principalmente la región umbilical, ya que al día siguiente se ofreció dicha región dolorosa, ligeramente tumefacta y rubicunda en una extensión aproximadamente de 10 centímetros cuadrados; á los seis días desapareció la tumefacción y la rubicundez, pero á partir de aquella fecha acusó el enfermo una sensación de dolor pungitivo ó lancinante, comparable, según afirmación suya, al que produciría un alfiler introducido en las carnes, siendo tal su intensidad que le impedía por las noches el sueño y de día se veía obligado á guardar una inmovilidad absoluta en decúbito lateral izquierdo ó supino, únicas posiciones que le permitían algún descanso. Estas sensaciones se localizaron al principio en la región umbilical, pero más tarde partían unas veces del hipocondrio, otras del vacío derecho, irradiándose ya hacia el tórax, ya hacia los muslos. No ofrecían regularidad alguna en las horas de su aparición, pues se repetían en forma de accesos breves, rápidos, unas veces, separados por largos intervalos, otras, sucediéndose unas crisis dolorosas en pos de otras. Además se ofrecieron durante la evolución del proceso morboso otros síntomas, tales como epistaxis, tos, vómitos, diarreas, edemas, ascitis y disminución de la secreción urinaria.

La epistaxis fué única y abundante, saliendo la sangre por ambas ventanas de la nariz. La tos fué consecutiva á un enfriamiento, ya que estando sudoroso, se mojó, sobreviniéndole algunas horas más tarde escalofríos, cefalalgia y ligera fiebre, á pesar de lo cual al día siguiente volvió á su trabajo ordinario, sufriendo, sin embargo, malestar general y tos muy intensa, que persistió durante un mes, siendo seguida de expectoración al principio blanca y finalmente amarillo-verdosa con alguna estría sanguinolenta. Los vómitos empezaron en Junio; eran alimenticios, de sabor amargo, y tenían lugar á las dos horas de la ingestión de los alimentos. Sólo persistieron unas dos semanas, coincidiendo con ellos inapetencia, eructos inodoros y mericismo: después cesaron con aquel carácter, pero de vez en cuando tenía el enfermo algún vómito gleroso por la mañana. La diarrea ha venido molestándole desde el principio de su enfermedad, verificando 4 ó 5 deposiciones diarias semilíquidas, abundantes y acompañadas de cólicos intestinales. Los edemas se fijaron simultáneamente en la cara y en las piernas, acompañándose en estas últimas de intenso dolor; pero asegura el enfermo que desaparecieron á las 24 horas de haberse

iniciado, sin volver á reaparecer. No hemos podido obtener datos precisos sobre la fecha en que se inició la ascitis; sin embargo, parece que en Mayo comenzó ya á notarse alguna distensión abdominal. Una vez iniciada la ascitis, fué aumentando de un modo gradual hasta el día 5 de Noviembre, fecha en que ingresó en esta Clínica, ocupando la cama núm. 13.

Estado actual.—El enfermo está pálido, aunque con ligero tinte rosa en las mejillas; las pupilas están dilatadas, las escleróticas blancas y el enflaquecimiento notable.

Estando el enfermo en decúbito supino aparece el abdomen abultado, sobresaliendo las regiones laterales superiores é inferiores sobre la central, que está más deprimida; la piel es blanca y brillante; se transparentan perfectamente las venas subcutáneas, notándose que las epigástricas, en forma de dos gruesos troncos en la parte izquierda y de tres en la derecha, nacen de la parte media de la región del conducto inguinal y se dirigen hacia el ombligo, donde se ramifican y anastomosan, constituyendo una corona vascular alrededor del mismo; sólo subsiste la mitad inferior de la depresión umbilical, estando la superior sustituida por una pequeña prominencia; la piel está distendida, no siendo posible la formación de pliegues; la forma del abdomen cambia con el decúbito; si el enfermo está en bipedestación, la prominencia se acentúa hacia la mitad inferior; si en decúbito lateral izquierdo, hacia el vacío de este lado, y viceversa en el decúbito lateral derecho. La palpación resulta ligeramente dolorosa en el epigastrio, y más aún en el hipocondrio y vacío derechos: imprimiendo ligeros golpes con el índice y medio de una mano sobre un lado y aplicando la otra plana sobre el opuesto, se percibe una sensación ondulatoria clara (fluctuación). La percusión, practicada en decúbito supino, acusa insonoridad en las partes laterales é inferiores, timpanismo en las superiores y medias; al nivel de la línea alba el timpanismo se extiende hasta 2 ó 3 centímetros por debajo del ombligo; la oscuridad cambia con los decúbitos; en la bipedestación hay matidez inferiormente y timpanismo en las partes altas, estando el límite entre la sonoridad é insonoridad por debajo del ombligo. Siguiendo la exploración en decúbito supino, se encuentra el límite superior de la matidez hepática, al nivel de la línea mamaria, en la cuarta costilla; el inferior se pierde en el timpanismo abdominal; hay ligero abultamiento esplénico.

Aparato circulatorio.—La punta del corazón late en el tercer espacio intercostal al nivel de la línea paraesternal; la percusión revela un ligero aumento de la zona pleximétrica transversal; á la auscultación, el ritmo cardíaco aparece acelerado, pero rítmico y con los tonos normales. El pulso late 108 veces por minuto.

Aparato respiratorio.—Hay ligera disnea (22 respiraciones por minuto), tos poco intensa, seca y de una sola sacudida, submatidez en ambos vértices, con broncofonía y apagamiento del murmullo vesicular en el izquierdo y aspereza de dicho murmullo en todo el ámbito pulmonar.

Aparato digestivo.—Lengua ancha y húmeda, pero cubierta de una ligera capa saburral; inapetencia, sed; de vez en cuando algún vómito gleroso matutino que á veces arrastra una pequeña cantidad de alimento; tiene sensación de peso, plenitud y tensión abdominal; lleva ya dos días sin evacuar. La secreción urinaria es escasa y el líquido ofrece un color amarillo claro. La temperatura es normal, se descubren algunos pequeños nódulos ganglionares en el cuello, y en ambas regiones inguinales: son pequeños, duros, y se deslizan por debajo de la piel.

Diagnóstico.—Como el fenómeno de más relieve es la ascitis, se investigó su génesis para formular el diagnóstico. Desde luego bien pudimos alejar la idea de una enfermedad del corazón acompañada de insuficiencia funcional de este órgano para explicarnos el exudado peritoneal, ya que en este caso á la ascitis habrían precedido edemas en las extremidades inferiores en virtud de los éxtasis sanguíneos consecutivos á la pérdida de compensación cardíaca; y si bien el enfermo nos habla de la existencia efímera, sólo durante 24 horas, de edemas, en las piernas, su poca duración y el asegurar que se acompañaron de dolor hace dudar de si realmente se trataría de edemas. Por lo demás, ¿de qué lesión cardíaca podría tratarse? ¿De una endocarditis crónica? No existe modificación alguna, ni estetoscópica ni pleximétrica, que permita sospecharla. ¿De una miocarditis? Á la altura en que nos hallamos habría mayor disnea, mayor agobio pulmonar, edemas, etc. ¿De una pericarditis exudativa? Faltan las modificaciones pleximétricas propias de la misma, la debilitación del ruido cardíaco, la disnea, etc. Tampoco pudo pensarse en un proceso pulmonar, pues la exploración del aparato respiratorio, aunque permite aceptar una

tuberculosis incipiente, de ningún modo podría explicar, *per se*, la hidropesía del peritoneo. ¿Trátase de un proceso hepático? No observándose ninguna hepatomegalia, porque no hay aumento de volumen del hígado, deben desecharse la cirrosis hipertrófica, el cáncer, la degeneración amilóidea, los quistes equinococcus, etcétera. Sólo existe dislocación, pero no aumento de volumen de la glándula hepática. ¿Cabría admitir un proceso atrófico cual la cirrosis de Laennec apoyando el diagnóstico en la ascitis, circulación suplementaria, epistaxis, historia gastrointestinal, etc.? No bastan estos datos. Si se tratara de una cirrosis anular habría atrofia del órgano, la ascitis sería mayor, y por tanto no estaría el abdomen tan deprimido en su porción central. El enfermo acusa dolor difuso en el abdomen, hecho que no acostumbra á ofrecerse en la cirrosis: en ésta hay tendencia al estreñimiento y aquí domina la diarrea. Tampoco pudimos pensar que el proceso causal de la ascitis radicase en el bazo, porque no había verdadera esplenomegalia, ni fiebre, ni ofrecía el enfermo aquel color especial tan característico en los que sufren enfermedades esplénicas. Por exclusión, pues, debemos aceptar un proceso que radique en la porta ó en el peritoneo. ¿Podría tratarse de una piletrombosis? La ascitis, la circulación suplementaria y demás manifestaciones del éxtasis en el árbol de la porta, hubiesen ofrecido un desarrollo más rápido. ¿Cabe pensar en una pileflebitis? No han habido aquí escalofríos ni fiebre; el dolor abdominal hubiese ofrecido mayor intensidad; habría probablemente algún fenómeno cerebral; á lo más teniendo en cuenta la evolución de la ascitis, podríamos pensar si se produjo una pileflebitis adhesiva, de evolución lenta, y esta fuera la causa del exudado peritoneal. ¿Podríamos admitir la existencia de una neoplasia que comprimiera la vena porta, como quistes hepáticos, tumores implantados en el duodeno, páncreas, epiplon, infartos ganglionares, etc.? No tenemos dato alguno en que apoyar tal hipótesis, ya que la palpación más atenta no permite apreciar la presencia de ninguna tumoración por debajo las paredes abdominales; tampoco la adenitis inguinal y axilar podemos aceptarlas como consecutivas á un tumor maligno abdominal, pues precedieron á todas las demás manifestaciones abdominales: á más de que si existiera una neoplasia maligna, ya estaría el enfermo seguramente en plena caquexia.

Por consiguiente, debemos admitir una enfermedad del peritoneo, una *peritonitis tuberculosa*, sin que podamos asegurar si es circunscrita ó difusa, por la falta de datos que tengan valor posi-

tivo. La existencia de la tuberculosis en este enfermo viene justificada por los fenómenos estetoscópicos y pleximétricos de los vértices pulmonares, por la tos, esputos tintos en sangre, infartos ganglionares, antecedentes hereditarios, etc.

Pronóstico.—Debemos hacerlo con suma reserva, pues ignoramos si nos será posible detener la evolución de la infección bacilar, tanto pulmonar como peritoneal.

Tratamiento.—Importa mejorar el estado de las vías digestivas con una alimentación nutritiva á base, preferentemente, de leche y carnes. En cuanto á farmacología, están indicadas la medicación reconstituyente al objeto de tonizar el organismo, y los diuréticos para favorecer la desaparición de la ascitis. De ahí estas fórmulas:

Cocimiento de cainca	200	gramos
Acetato potásico	2	»
Jarabe de las cinco raíces	30	»

Aparte.

Agua de tilo	150	gramos
Fosfato sódico	2	»
Jarabe naranjas amargas	30	»

Observaciones clínicas.—*10 de Noviembre.*—No obteniéndose la disminución de la ascitis con los diuréticos, empleamos la medicación yodurada, para favorecer, dentro los límites posibles, la reabsorción del exudado peritoneal:

Agua de toronjil	150	gramos
Yoduro sódico	} 2	»
Fosfato de sosa		
Jarabe de cidra	30	»

Aparte, fricciones sobre las paredes abdominales con la siguiente pomada:

Lanolina	100	gramos
Guayacol	2	»

15 de Noviembre.—Á pesar del empleo de los diuréticos primero y de los yoduros más tarde, la ascitis siguió tomando cada vez

mayor incremento: el enfermo se puso disneico y acusó una sensación molesta de tensión y plenitud en el abdomen, por lo cual apelóse á la paracentesis.

16 de Noviembre.—La punción del abdomen dió lugar á la salida de un líquido claro ligeramente verdoso en cantidad de unos 2,500 gramos. Practicado el examen conveniente después de la punción, se obtuvo el siguiente resultado: algún descenso de la glándula hepática, apreciándose, por la palpación, que el hígado rebasaba ligeramente el reborde costal. Descendió el corazón, apreciándose el choque de la punta en el cuarto espacio intercostal, y el ritmo cardíaco siguió acelerado. La rudeza del murmullo vesicular se modificó, haciéndose mucho más suave, tanto en la inspiración como en la espiración: desapareció la disnea (18 respiraciones por minuto).

20 de Noviembre.—Tiene apetito; digiere bien, sin molestias ni por parte del estómago ni de los intestinos; efectúa dos ó tres deposiciones diarias, constituídas por materiales fecales de bastante consistencia; sufre algunas raras veces, independientemente de las horas de las comidas, sensaciones dolorosas pungitivas, poco intensas, que parten del vacío izquierdo, irradiándose á la región umbilical. Se ha reproducido la ascitis, percibiéndose de nuevo perfectamente clara la fluctuación: sin embargo, no ha adquirido el exudado proporciones tan considerables; la percusión en decúbito supino siguiendo la línea alba acusa timpanismo hasta 4 centímetros por debajo del ombligo, donde empieza la matidez; las regiones laterales están también insonoras; la palpación resulta ligeramente dolorosa en todo el abdomen, principalmente en el epigastrio; por medio de la inspección y palpación se comprueba la existencia de un choque cardíaco difuso que se extiende al segundo, tercero y cuarto espacio intercostal; á la auscultación se percibe refuerzo de segundo tono aórtico; el murmullo vesicular es algo áspero en todo el ámbito pulmonar, notándose algunos estertores sumamente discretos en la base del pulmón izquierdo; en los vértices siguen las mismas alteraciones pleximétricas y estoscópicas anteriormente descritas; tiene tos poco frecuente, con expectoración consistente, opaca y viscosa; orina escasa, de color amarillo claro; ligera frecuencia respiratoria (22 respiraciones por minuto); pulso frecuente (118 pulsaciones por minuto). Temperatura 36'5.

26 de Noviembre.—Sigue la ascitis, pero estacionaria, sin sufrir aumento apreciable; ha disminuído la frecuencia del pulso; sigue tomando la poción con yoduro y fosfato sódico.

29 de Noviembre.—Lengua cubierta por una capa ligeramente saburral; sin embargo, tiene apetito y digiere bien; no ha habido ningún ascenso térmico. (La temperatura se mantiene á los 36'2°).

3 de Diciembre.—Acusa dolores bastantes intensos, difusos en el abdomen: una fricción diaria con la pomada de guayacol.

9 de Diciembre.—La ascitis no toma incremento; el enfermo no sufre dolores abdominales ni sensación de plenitud ó tensión; come y digiere bien; puede dar algún paseo: sigue tomando la poción con yoduro y fosfato sódico. Además se le han prescrito las siguientes papeletas:

Salicilato bismuto y cerio	2 gramos
Pancreatina	1'50 gramo
Semillas mostaza blanca.	0'50 »
Sacaruro hinojo	3 gramos

6 papeles: uno en cada alimento.

25 de Diciembre.—El abultamiento abdominal es menor; hay seguramente reabsorción del exudado peritoneal, aunque escasa; han desaparecido los dolores en el abdomen y la frecuencia respiratoria; tiene apetito y digiere perfectamente ración entera; puede pasear sin molestia alguna durante todo el día: ha aumentado la diuresis. El 26 de Diciembre pidió el alta.

J. SOLÉ Y FORN.





Úlcera redonda del estómago

María..., de 40 años de edad, soltera, de oficio cocinera, entró en el Hospital de la Santa Cruz, durante el mes de Noviembre próximo pasado, ocupando la cama núm. 4 de la sala del Santo Cristo.

Anamnesia.—Su enfermedad dice que data de un año, habiendo gozado hasta dicha época de una salud completa, dedicándose desde muy joven al oficio de sirvienta, ocupándose durante siete años en el cargo de cocinera.

Comenzó la enfermedad con dolores en el epigastrio, con remisiones y exacerbaciones, desapareciendo unas veces con la ingestión de los alimentos y aumentando otras hasta el extremo de tenerse que apretar fuertemente la región dolorosa, con cuyo mecanismo sentía á veces alivio. Vómitos escasos y de materias excesivamente ácidas, con pirosis, indicando la enferma que una sola vez tuvo vómito de sangre (en una escasa cantidad), de color rojo y posteriormente algunos ramitos que teñían ligeramente las materias expulsadas. Perdió el apetito, las digestiones eran muy difíciles; toleraba, no obstante, perfectamente la leche, molestándola á menudo un fuerte estreñimiento de vientre.

Estado actual.—Sabor amargo, sed, apetito escaso, lengua

ancha y saburral en la base, dolor en el epigastrio, aunque no tan vivo como en épocas anteriores; dificultad en las digestiones. Á la percusión la zona gástrica nótese algo aumentada, y mediante la auscultación percíbese claramente el gluc-gluc.

Abdomen abultado más en el centro que en la periferia, con intenso estreñimiento.

Los demás aparatos no ofrecen nada de especial mención

Diagnóstico.—Trátase, pues, según se desprende de los indicados datos, de una gastropatía crónica, dolorosa, con estado dispéptico, con vómitos ácidos, ligeras gastrorragias, acompañado todo de estreñimiento de vientre. ¿De qué afección puede tratarse? ¿De un cáncer, de una gastritis ulcerativa, de una úlcera redonda ó de una gastritis varicosa? De estas cuatro enfermedades, podemos descartar ya la gastritis varicosa, porque no hay nada que permita sospechar que se verifiquen remansos de sangre en ningún punto produciendo dilataciones varicosas apreciables, y, además, en esta clase de enfermedades suele existir un dato de importancia y es el aliviarse el dolor después de la hemorragia, cosa que no sucedió en este caso.

En cuanto á las otras tres enfermedades, ya es más difícil el diagnóstico diferencial. Indudablemente el vómito de sangre demuestra la existencia de un proceso ulcerativo gástrico; pero ¿este proceso ulcerativo es canceroso? Parece que no, puesto que el sexo por una parte, y los caracteres del dolor por otra, lo hacen desechar, ya que aquellas crisis gastrálgicas, localizadas en un punto circunscrito con notables remisiones y exacerbaciones, no son propias del cáncer, pues es sabido que en éste el dolor es más difuso, más continuo y no tan vivo y terebrante. Además, no ha habido vómitos acafetados: á la palpación no se aprecia tumor alguno en el epigastrio, y, además, hay síntomas de hiperclorhidria, cuando en el cáncer lo que domina es la hipoclorhidria. Esto, unido á la marcha que el mal va siguiendo, á que se nota la influencia benéfica de la leche, y el color de la cara más bien pálido que de color pajizo ó térreo, todo hace rechazar la probabilidad de existir una neoplasia cancerosa en el estómago.

Cabe, pues, únicamente la duda entre la gastritis ulcerativa y la úlcera redonda; y, entre las dos, más nos hemos de inclinar á la segunda que á la primera, por el sexo, el color pálido amarillento, las crisis intensas de dolor con irradiaciones al espinazo, la hiperclorhidria, el oficio de cocinera que la exponía á continua

irradiación calorífica, el vómito sanguíneo, que, aunque no muy abundante (50 ó 60 gramos), es bastante significativo. Todo hace pensar que se trata pues de una úlcera redonda, úlcera que al principio localizóse sin duda hacia el piloro, produciendo al cicatrizar una disminución de su diámetro y consecutivamente la gastroectasia, bien que poco acentuada.

Podemos estar, pues, bien convencidos de que hoy por hoy no hay tal cáncer, mas no podemos asegurar que posteriormente la úlcera se cancere, pues son varios los casos en que se ha visto desarrollarse tal neoplasia en la superficie de una úlcera redonda. El abultamiento de vientre hemos de atribuirlo á un estado parésico de los intestinos, más que á sínfisis establecidas entre el estómago y su tramo intestinal, debido al estado flogótico desarrollado.

Pronóstico.—No puede hacerse muy halagüeño, pues aunque de momento no peligre la vida de la enferma, el mal estado gástrico y la iniciación del estado ectásico de dicha víscera hacen pensar que la lesión irá agravándose de un modo paulatino.

Terapéutica.—Como plan bromatológico, ya que la enferma apetece la leche, estableceremos una dieta láctea, aunque no hay necesidad de que sea exclusiva, pues con que se usen alimentos de digestión fácil y de poco residuo ya tendremos mucho adelantado. Además, hemos de modificar la hiperclorhidria para que no progrese la ulceración, valiéndonos para ello de los alcalinos; pero para obtener el resultado apetecido hay que forzar algo la dosis dando 6 gramos al día y aun más, ya que no falta quien aconseja propinar hasta 25 gramos, cantidad ciertamente exagerada. El opio es también un buen preparado para disminuir la formación de ácido clorhídrico; pero la atonía muscular del intestino lo contraindica.

Otra indicación que también debe cumplirse es la de facilitar el movimiento intestinal mediante el uso de los purgantes salinos, tomados en ayunas; y si las fermentaciones gástricas toman incremento apelaremos al lavado gástrico, pero practicándolo con cuidado, pues habiendo un proceso ulcerativo siempre son de temer las hemorragias.

Pero hoy, como la enferma lleva ya tres días sin evacuar, nos limitaremos á la administración de un purgante:

D. Infusión de sen	250 gramos
Sulfovinato de sosa	} a. 25 »
Jarabe de achicorias	

Observaciones clínicas.—La medicación purgante establecida el día anterior no dió el efecto apetecido, por lo cual se recetó:

D. Sulfato sódico	}	a. 6 gramos
Sulfato potásico		
Cloruro sódico.		1 gramo
Bicarbonato sódico		2 gramos
Azúcar.		10 »

Un papel en ayunas con medio vaso de agua.

16 de Noviembre.—Logróse con la fórmula anterior una evacuación suficiente, dándosele para continuar la acción purgante:

D. Podofilino	}	a. 0'10 gramos
Extracto de cáscara sagrada.		
Polvo de belladona.		0'05 »

M. s. a. y d. en dos píldoras: una en ayunas y la otra á última hora.

18 de Noviembre.—Regularizado ya algo el movimiento intestinal, sometiése la enferma á los alcalinos y fermentos gástricos para facilitar la digestión:

D. Lupulino.	0'30 gramos
Pepsina	1 gramo
Bicarbonato sódico	6 gramos
Sacaruro hinojo	3 »

M. y d. s. a. en tres papeles, antes de las comidas.

22 de Noviembre.—Tiene algo de meteorismo y dolor en el epigastrio, por lo que sometiése á la medicación siguiente:

D. Polvos de belladona.	0'05 gramos
Carbón naftolad.	1 gramo
Polvo de cilantro.	1'50 gramos
Sac. menta	3 »

M. s. a. y d. en tres papeles con las comidas.

25 de Noviembre.—Ha tenido vómitos, enteralgias con diarrea intensa; las materias vomitadas contienen leche alterada, alimentos en estado de fermentación; por lo que se administra un purgante y se ordena la práctica del lavado gástrico una vez al día:

D. Agua común	300 gramos
Sulfovinato de sosa.	25 »
Tint. badiana	2 »
Jarabe de cidra	30 »

M. s. a. á jicaras cada dos horas.

1 de Diciembre.—Practicado el análisis del jugo gástrico, demostróse que había en el estómago un aumento en la producción de ácidos, debido sin duda á las fermentaciones que en él se operaban, pero faltaba el ácido clorhídrico: había, pues, hiperacidez é hipoclorhidria, con imposibilidad, por tanto, de verificar bien la digestión de los albuminóideos, y de ahí las fermentaciones. Tenemos, pues, que ayudar la función estomacal dándole un jugo gástrico artificial, cuyos elementos esenciales serán el ácido clorhídrico y la pepsina; y si acaso no tolera el ácido clorhídrico, por el estado ulcerativo que aun resta, le administraremos los alcalinos á dosis cortas que activa la secreción de dicho ácido:

D. Acido clorhídrico	4 gramos
--------------------------------	----------

Una gota en una cucharada de agua antes de cada comida, y además:

D. Pepsina	1 gramo
Polvo genciana	0'30 »

M. s. a. y d. en tres sellos durante las comidas.

8 de Diciembre.—El tratamiento indicado le ha dado excelente resultado, aumentando el apetito; digiere bastante mejor, extra-yéndose aún con el lavado algunos detritus, pero sin la menor fe-tidez.

24 de Diciembre.—Va mejorando; mas como la enferma se ve molestanda por el meteorismo abdominal, modificóse la medica-ción:

D. Acido muriático	1 gramo
Tintura de angostura.	2 gramos
Tintura de anfs.	3 »

M. s. a. seis gotas antes de cada comida, y después de esta:

D. Carbón naftolado.	1'50 gramo
------------------------------	------------

D. en tres sellos.

Además por las mañanas tomará una jícara de agua de Carabaña.

12 de Enero.—Ha perdido el apetito; lengua saburral, sensación de peso en el epigastrio y estreñimiento de vientre. En su virtud se administró el siguiente purgante:

D. Agua	300 gramos
Sulfovinato de sosa	30 »
Alcohol de menta	1 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

M. s. a. á jícaras en el espacio de dos horas.

14 de Enero.—Siguen los síntomas de catarro gástrico, por lo que cambiósese la medicación, dando:

D. Infusión de sen.	200 gramos
Sulfato sódico	} a. 10 »
Sulfato potásico	
Tintura de belladona	0'50 gramo
Jarabe de azahar.	30 gramos

M. s. a. y dése como el anterior.

18 de Enero.—Se ha vuelto á cerrar el vientre, por lo que se prescribió otro purgante:

D. Infusión de sen.	200 gramos
Sulfovinato de sosa	} a. 30 »
Jarabe de cidra	

20 de Enero.—Se ha regularizado ya bastante el movimiento intestinal, pero para mayor seguridad diósele:

D. Polvo nuez vómica	0'05 gramo
Carbonato de magnesia	} 1'50 »
Bicarbonato sódico	

M. s. a. y d. en tres sellos con las comidas, y medio vaso de agua de Carabaña en ayunas.

28 de Enero.—El funcionalismo intestinal se ha normalizado ya, tiene apetito y sólo ofrece un ligero estado dispéptico, por lo que volviósese á administrar el ácido clorhídrico en igual forma que anteriormente.

20 de Febrero.—Ofrece hoy un catarro laringo-traqueal á frigore, acompañado de tos intensa, sin expectoración. Lo combati-

remos con el clorato potásico y un narcótico, pues como no hay exudados no hay necesidad de dar expectorantes:

D. Agua de tilo.	150 gramos
Agua laurel cerezo.. . . .	6 »
Codeína.	0'05 gramo
Clorato potásico.	2 gramos
Jarabe malvavisco.	30 »

24 de Febrero.—Con la medicación usada disminuyeron los síntomas del indicado estado catarral, modificándose entonces algo la fórmula:

D. Poción gomosa.	150 gramos
Óxido blanco de antimonio.	1 gramo
Codeína	0'05 »
Jarabe altea.	30 gramos

1 de Marzo.—Han cesado por completo los síntomas laringotraqueales, reanudándose la medicación gastrointestinal antes establecida.

10 de Marzo.—El dolor en el epigastrio ha desaparecido casi por completo; tiene regular apetito y digiere bien. Para que el tubo intestinal funcione con regularidad sigue tomando el agua de Carabaña por las mañanas. El líquido del lavado sale claro y sin fetidez, lo que demuestra que no hay ya fermentaciones, por lo que, encontrándose notablemente mejorada, pidió el alta, dándosele al día siguiente.

JUAN SANS.



