



Bronconeumonía

Ricardo M..., de 63 años de edad, casado, natural de Valencia, residente en Barcelona y de profesión bracero, ocupó la cama número 7 de la sala de San José.

Antecedentes.—Ignora los paternos y maternos y sus hermanos é hijos viven sanos. En su anamnesis morbosa sólo figura una infección grippal que padeció á la edad de 45 años, habiendo terminado por curación.

Enfermedad actual.—El 28 de Marzo, después de recibir una mojadura, tuvo escalofríos que se repitieron con gran frecuencia durante tres días, hasta el 1.º de Abril, fecha en que ingresó en la Clínica. Simultáneamente con los escalofríos sintió cefalalgia viva, pero sin localización determinada: quebrantamiento, dolores generalizados, tos seca durante las primeras horas, más tarde húmeda, siendo la expectoración mucosa y adherente. Estos síntomas se acompañaron de anorexia, sensación de plenitud gástrica después de la ingestión de los alimentos y estreñimiento. El 29 de Marzo tomaron las orinas una coloración roja subida, disminuyendo la frecuencia de las micciones y la cantidad de líquido segregado. Ofreció, además, síntomas de torticollis agudo: contractura del esterno-cleido-mastóideo izquierdo, dolores vivos, tanto espontánea-

mente como por la presión al nivel de este músculo; inclinación de la cabeza hacia el lado izquierdo, movimientos de rotación, flexión y extensión muy limitados, dolorosos y difíciles, sobre todo los de rotación. Con este síndrome ingresó en la Clínica.

Estado actual.—Está medianamente provisto de carnes, ofrece el *arco senil*; su rostro está inyectado, extendiéndose la rubicundez hasta la frente. Guarda constantemente el decúbito supino. Desde luego, el hecho que más llama la atención es la disnea, motivo por el cual empezamos la exploración por el

Aparato respiratorio.—Á la inspección se observa que la frecuencia de los movimientos respiratorios está aumentada (35 respiraciones por minuto); que la elevación de las paredes del tórax es escasa, pero se verifica por igual en ambos semiperímetros torácicos; hay una ligera retracción inspiratoria, perceptible sólo en las fosas supraclavicular y supraesternal. Á la palpación se encuentra aumento débil de las vibraciones del tórax, en zonas donde la percusión acusa submatidez. Estas zonas se encuentran sólo en el plano posterior, principalmente á los lados de la columna vertebral, y más acentuadas en el semiperímetro derecho que en el izquierdo. Lo restante del pulmón acusa normalidad del *fremitus* pectoral y claridad percutoria. Á la auscultación, percíbense estertores crepitantes, finos, confluentes, inspiratorios y espiratorios y sibilantes al final de la inspiración; ambos están diseminados por todo el pecho. En la base del pulmón derecho, plano posterior, el ruido espiratorio es prolongado. La broncofonía al nivel de las zonas anteriormente citadas es muy escasa. Tiene crisis de tos muy frecuentes, bastando la locución, las inspiraciones profundas, el cambio de decúbito, el incorporarse en la cama, la percusión del pecho, etc., para provocar fuertes accesos de tos acompañados de dolores violentos, difusos por todo el plano anterior del tórax, hasta tal punto que la exploración del enfermo se hace con gran dificultad. Estos accesos de tos constan de tres, cuatro y á veces cinco sacudidas, las que van seguidas de expectoración. Los esputos son globulosos, densos, de color amarillo verdoso, mezclados con una pequeña cantidad de saliva. Con el examen microscópico no han podido encontrarse elementos microbianos.

En el aparato circulatorio es digno de tenerse en cuenta solamente el refuerzo, bien que poco acentuado, del segundo ruido, en el foco de la arteria pulmonar. El pulso se conserva bastante vigo-

róso; es rítmico y algo aumentada su frecuencia (80 pulsaciones por minuto).

Aparato digestivo.—Lengua cubierta por una capa saburral, de color amarillento y bordes rojos. No experimenta molestias gástricas ni intestinales durante la digestión. Sigue el estreñimiento, verificando una deposición cada tres ó cuatro días, constituida por materiales duros y en cantidad escasa.

Poco digno de mención ofrece el sistema nervioso: hay, sin embargo, cefalalgia con tendencia á localizarse hacia la región frontal, pero han desaparecido los dolores generalizados y la inteligencia se conserva perfectamente lúcida.

La orina conserva una coloración roja; su cantidad ha disminuído considerablemente; el peso específico está aumentado, y el análisis no ha descubierto la presencia de albúmina. La temperatura oscila entre 38'4° por la mañana y 38'9 por la tarde.

En cuanto al torticolis, ha remitido ya considerablemente, siendo más fáciles los movimientos de la cabeza.

Diagnóstico.—El curso de la enfermedad demuestra la existencia de un proceso agudo, mientras que el predominio de los fenómenos pulmonares, comprobado por la exploración, demuestra á su vez que en aquellos órganos radica la enfermedad. Trátase, pues, de un proceso agudo de pecho, que no es difícil precisar. En efecto, si existen estertores crepitantes y sibilantes diseminados, las lesiones no pueden quedar reducidas á los alvéolos pulmonares, sino que han invadido también á los bronquios de pequeño calibre: además, las alteraciones no están circunscritas á un foco único, sino que comprenden focos múltiples: ahora bien, la única enfermedad aguda de pecho que tales caracteres ofrece, es la *bronconeumonía*, siendo éste, en consecuencia, el diagnóstico que debemos aceptar.

Diagnóstico diferencial.—No puede confundirse con la *pneumonía fibrinosa*, porque en ésta la invasión se verifica de un modo súbito, con un frío inicial intenso; en nuestro caso, por el contrario, hubo una serie repetida de escalofríos, un cuadro sindrómico inicial que caracteriza mejor una infección grippal que no un afecto agudo de pecho. La curva térmica tampoco es la propia de la *pneumonía*, en la cual el frío va seguido de fiebre alta, mientras que en este enfermo la fiebre tardó tres días en formalizarse. La

exploración del pecho suministra también datos diferenciales: en la pulmonía fibrinosa, el lado de la lesión ofrece reducidos los movimientos respiratorios, mientras que en nuestro caso la elevación y descenso inspiratorio y espiratorio de las paredes torácicas se verifica por igual en ambos lados. La percusión acusa la existencia de un foco único en la pneumonía verdadera, y aquí existen focos múltiples. En aquella enfermedad todos los síntomas que obtenemos por la exploración del tórax son más evidentes (las vibraciones de la voz, la macidez, la broncofonía, etc.): en nuestro enfermo todo reviste mayor vaguedad: el *fremitus vocal* es débil, más que macidez hay submatidez; la misma broncofonía es difícilmente apreciable. En la pneumonía hay estertores crepitantes y soplo tubárico en el período de hepatización: aquí ha faltado el soplo tubárico: en cambio han existido los estertores sibilantes, que no se ofrecen en aquélla. Finalmente, el esputo herrumbroso, síntoma de tanto valor en la pneumonía, tampoco lo ha ofrecido nuestro enfermo.

Distinguese perfectamente de la *bronquitis capilar*. La existencia de focos múltiples con vibraciones vocales aumentadas, con submatidez, broncofonía, etc., bastan para que rechacemos tal diagnóstico; y si á esto se agregara la existencia de estrías de sangre en el esputo durante el curso de la enfermedad, la exclusión de la bronquitis capilar todavía se impondría más.

Tampoco cabe pensar en la *tuberculosis miliar*. La disminución de la sonoridad sería más extensa y más acentuada hacia los vértices; la broncofonía, lo mismo que el *fremitus pectoralis*, más evidentes; habría mayor disnea y pulso, muy frecuente; aquí no se observa aquel hecho tan característico en la tisis galopante, cual es la disparidad que existe entre la temperatura y el pulso: vense tuberculosos con 38°, y en cambio el número de pulsaciones se eleva á 140 por minuto: en nuestro enfermo la pirexia no es alta, pero tampoco hay gran frecuencia del pulso (80 por minuto); á más de que la existencia de tubérculos en las coroides, dato de gran valor para muchos clínicos, y la presencia del bacilo de Koch, síntoma patognómico si el enfermo fimico expectora, no han podido demostrarse.

Mucho menos cabe pensar en un *edema pulmonar* con sus estertores finos submucosos y el esputo aireado, espumoso, etc. ..., ni menos todavía el curso de la enfermedad y los síntomas obtenidos por la exploración del pecho abonan la suposición de una *atelectasia*.

La *pleuritis exudativa* ofrece á su vez caracteres bien distintos. En nuestro enfermo no hemos encontrado, durante el curso del mal, el característico dolor de costado que se exacerba con la tos, decúbito sobre el lado afecto, la presión y las inspiraciones profundas, como tampoco el frote de la serosa. Si la colección líquida existiera ya, el lado donde radicare tomaría escasa ó nula participación en los movimientos respiratorios, y aquí ambos semiperímetros torácicos se elevan por igual; la palpación acusaría debilitación de las vibraciones vocales, y aquí están aumentadas; la percusión descubriría una zona única insonora: aquí existen múltiples submates: habría egofonía, aquí hay broncofonía, decúbito sobre el lado afecto y este enfermo guarda el supino. Quizá encontraríamos dislocación cardíaca, hepática ó esplénica, según la magnitud y sitio del derrame: aquí los órganos torácicos y abdominales conservan su situación normal; falta el llamado skodismo encima el derrame, etc. No cabe, pues, aceptar la existencia de una colección líquida pleural.

Finalmente, si admitimos las doctrinas de muchos autores, podríamos dar algún valor diagnóstico á la edad del enfermo, teniendo en cuenta que la pulmonía catarral ataca las edades extremas de la vida, es decir, al niño y al viejo.

No ofrece, sin embargo, esta enfermedad, el síndrome aparatoso con que acostumbra presentarse; ni la pirexia es alta, ni el pulso muy frecuente, ni la disnea considerable; sin embargo, es preciso tener en cuenta que el paciente es un anciano, y sabido es que en esta edad los reflejismos están más apagados que en los demás períodos de la vida, sobre todo que en la infancia.

Pronóstico.—El pronóstico debe hacerse grave: sin embargo, á pesar de recaer en un anciano, infunde esperanzas la robustez del enfermo, la relativa benignidad del mal, la falta de enfermedades anteriores, sobre todo de pecho, que hubiesen podido dejar, como huella de su paso, lesiones pulmonares, haciendo así á estos órganos menos resistentes para procesos ulteriores. Estas circunstancias disminuyen la gravedad del pronóstico.

Tratamiento.—No poseemos ningún agente terapéutico que merezca el nombre de específico en el tratamiento de la bronconeumonía. Se ha ensayado, es cierto, el suero antiestreptocócico, el cual no ha dado resultado alguno; hecho fácilmente explicable si se atiende á la pluralidad de gérmenes que se consideran hoy

responsables de la pulmonía catarral. Debemos, pues, limitarnos á la terapéutica sintomática y dentro de la misma á cumplir dos indicaciones fundamentales: modificar el estado local pulmonar y sostener las energías del enfermo para que pueda luchar contra la infección, tanto más teniendo en cuenta que la bronconeumonía se acompaña de cierta sedación cardiovascular y ofrece tendencia á los estados paréticos bronquiales. Los medicamentos preferibles son indiscutiblemente los preparados amoniacaes, que, á la par que se oponen á la paresia bronquial, fluidifican el moco y favorecen su eliminación. Todos los expectorantes están indicados: polígola, escila, antimoniales, etc. Se han empleado también la ipecacuana y los antisépticos pulmonares, partiendo del hecho de que se trata de un proceso infeccioso de localización pulmonar; los yoduros, al objeto de fluidificar y favorecer la expulsión de los exudados bronquiales; los balsámicos, también para modificar dichos exudados; el clorato potásico, el benzoato sódico, sustancias que actúan sobre la mucosa respiratoria; los tónicos cardíacos, como la digital, etc., para sostener las energías del corazón: el alcohol es un agente que puede reportarnos grandes utilidades. Dada la escasa elevación térmica, no tenemos necesidad de hablar de los antipiréticos. Fueron prescritas por el Dr. Ribas las siguientes fórmulas:

D. Polvos hojas de digital	0'40 gramo
Agua hirviendo	200 gramos
S. f. y a.	
Yoduro potásico	3 »
Benzoato sódico	2 »
Carbonato amónico.	3 »
Jarabe de polígala	30 »

Aparte.

Cápsulas de carbonato de guayacol de 0'15 gramos núm. 4.

3 de Abril. — Ha desaparecido el torticolis; los movimientos de la cabeza se ejercen con entera libertad. Las crisis de tos han disminuído en intensidad y frecuencia. Los caracteres del esputo no han sufrido modificación apreciable. La temperatura se mantiene normal, sufriendo un ligero recargo por la tarde (37'4° mañana, 37'6° tarde). Tiene estreñimiento. Deben cumplirse las indicaciones, insistiendo en el uso de los expectorantes.

Cocimiento polígala	200 gramos
Yoduro potásico	3 »
Benzoato amónico	2 »
Extracto de nuez de kola.	1'50 gramo
Jarabe de badiana	30 gramos

Siguen las cápsulas de carbonato de guayacol.

5 de Abril.—Sigue el estreñimiento; la lengua está cubierta por una gruesa capa de saburra de color amarillento. La presión sobre el abdomen despierta dolor al nivel de la fosa ilíaca izquierda. Se prescribió un purgante salino.

Agua	200 gramos
Sulfovinato de sosa.	10 »
Bicarbonato de sosa.	1 »
Alcohol anís estrellado	1 »
Jarabe de cidra	30 »

Tómese á jícaras en el intervalo de una hora.

6 de Abril.—Siguen disminuyendo en intensidad y frecuencia las crisis de tos; no se acompañan actualmente de dolor. Los espustos son menos densos y están adheridos á una mayor cantidad de saliva: en la escupidera se mezclan íntimamente, constituyendo dos capas: una superior espumosa salival, y otra inferior más densa y adherente. La respiración es casi normal. Los estertores no son tan finos, tan confluentes como en un principio: actualmente son más bien subcrepitantes. Al mismo tiempo han disminuído en número. Siguen percibiéndose sibilancias finas y diseminadas. La lengua continúa saburral y el abdomen doloroso á la presión: ha efectuado una sola deposición, poco abundante. Sigue tomando la fórmula expectorante anteriormente citada; es preciso insistir en el uso de los purgantes al objeto de limpiar el tubo intestinal.

Agua de hinojo	150 gramos
Tintura de ruibarbo.	1 »
Id. badiana.	1 »
Sulfato sódico.	6 »
Jarabe de culantrillo	30 »

8 de Abril.—Los accesos de tos son raros, de una sola sacudida y de poca intensidad. El esputo es mocosalival, ofreciendo alguna estría de sangre. Respiración normal (18 respiraciones por minuto); quedan solamente algunas zonas submates en el semiperímetro derecho, plano posterior, junto á la columna vertebral. Los estertores subcrepitantes son raros, no percibiéndose más que en algunas inspiraciones profundas, sobre todo en el lado derecho. Los estertores sibilantes son más numerosos en dicho lado. Al nivel de las zonas en que radicaban los focos de bronconeumonía se percibe rudeza del murmullo vesicular. El número de pulsaciones está algo disminuído (65 por minuto).

Llaman preferentemente la atención los fenómenos del aparato digestivo; el estreñimiento pertinaz y la saburra lingual. Se le sometió al uso de la fórmula siguiente:

Agua de hinojo	200 gramos
Tintura ruibarbo	2 »
Bicarbonato sódico	3 »
Jarabe de cidra	30 »

10 de Abril.— Sigue la lengua saburral: continúa el estreñimiento, no habiendo verificado deposición alguna desde seis días á esta parte, á pesar de las anteriores fórmulas. Se emplearon los purgantes oleosos.

Aceite de ricino	} 30 gramos
Agua de menta	
Agua	100 »
Goma arábica	c. s.
Jarabe de cidra	30 »

12 de Abril.— Ha verificado dos deposiciones constituídas por heces fecales negruzcas, consistentes y en gran cantidad. La lengua se ha limpiado, principalmente hacia sus dos tercios anteriores; sigue saburral en su base.

15 de Abril.— De los fenómenos de pecho sólo queda alguna rudeza del murmullo vesicular en la región infraescapular derecha. Tiene apetito; las digestiones, tanto gástrica como intestinal, no se acompañan de molestia alguna, pero ofrece tendencia habitual al estreñimiento, y para combatirle se le ha sometido al uso de las siguientes píldoras:

Podofilino	} 0'15 gramo
Aloes	
Exc.	c. s.

H. s. a. píldoras núm. 3.

18 de Abril.— Desde que toma las anteriores píldoras efectúa dos deposiciones diarias. Así es que, vencido el estreñimiento, que era lo único que seguía molestando al enfermo, éste pidió el alta el 19 de Abril.

J. SOLÉ Y FORN.





Infección grippal

Eduardo S ..., de edad 35 años, natural de Oudellou (Francia), residente en Hostalrich, soltero, profesión bracero.

En su anamnesis sólo figura una infección palúdica que el enfermo sufrió nueve años atrás. Ignora los antecedentes de familia.

Enfermedad actual. — Empezó el día 4 de Marzo de un modo brusco. Estaba el enfermo dedicándose á sus quehaceres ordinarios, trabajando en el campo, cuando repentinamente se sintió sobrecogido por un frío intenso, acompañado de temblor, castañeteo de dientes, quebrantamiento general, sensación de sequedad nasal y de cosquilleo en la laringe, frecuentes accesos de tos seca, lagrimeo y fotofobia, y por fin náuseas y vómitos constituidos por materiales líquidos de coloración verdosa. Durante una hora se prolongó el frío, siendo luego seguido de sensación de calor, acompañada de viva cefalalgia y de malestar general. Á las diez horas cesó la fiebre y remitieron todos los demás síntomas, quedando, sin embargo, profundamente abatido, quebrantado, sin ánimo para el trabajo. Tampoco durante los cinco ó seis días siguientes pudo el enfermo gozar de un bienestar completo: al contrario, siguió el quebrantamiento, la tos seca, el lagrimeo y la secreción nasal. El día 11 del actual el enfermo se alimentó con exceso, ex-

perimentando fuerte plenitud gástrica, acompañada de encendimiento del rostro y seguida de náuseas y vómitos, primero alimenticios y finalmente biliosos, de sabor muy amargo.

No tardó en sobrevenir una sensación de frío intenso, dolor generalizado por todo el cuerpo, pero más acentuado en la región lumbar, sobre todo á lo largo de la columna vertebral (raquialgia). Con estos fenómenos coincidió cefalalgia localizada en la frente y ambas regiones temporales, zumbidos de oídos, conjuntivitis con lagrimeo, tos seca y coriza con abundante secreción fluída, sufriendo el enfermo estas molestias el resto del día y acompañándose por la noche de insomnio, hasta que á la mañana siguiente (día 12) desaparecieron, permitiendo al enfermo un intervalo de bienestar. En la tarde del mismo día 12 repitieron los escalofríos, seguidos de un estadio de calor y otro de sudor sin lagrimeo, pero persistía la tos, la secreción nasal y la cefalalgia, bien que en grado más remiso, de modo que el enfermo pudo conciliar el sueño aquella noche. En la mañana del día 13 tuvo un nuevo paroxismo, precedido también de escalofríos intensos con castañeteo de dientes, vacilación de la cama y palidez, siendo seguido, á las dos horas, de fiebre, encendimiento del rostro, sequedad de la piel, y terminando después de una hora de calor con una diaforesis abundante que bañaba todo su cuerpo. Con este mismo síndrome, siempre ofreciendo los tres estadios de frío, calor y sudor, continuó repitiéndose el paroxismo dos veces diarias, mañana y tarde, con regularidad en las horas de aparición (7 ú 8 mañana y 5 ó 6 tarde) hasta el día 16 del actual, en que ingresó en la Clínica, ocupando la cama número 10.

Estado actual.—El enfermo, con el rostro encendido, es presa de una agitación que le obliga á cambiar constantemente de decúbito. En el aparato digestivo se observa: lengua con dos capas laterales de saburra y limpia en el centro, mal sabor, sed sin molestias gástricas ni alteraciones objetivas del hígado ni del bazo, tendencia al estreñimiento. En el aparato respiratorio ofrece coriza con rubicundez de la parte inferior de la nariz y secreción nasal fluída, abundante, sensación de cosquilleo laríngeo que despierta accesos de tos de una sola sacudida, con expectoración escasa de un moco adherente; las sacudidas de tos van seguidas de dolor pungitivo en la tabla del pecho. Normalidad á la inspección, palpación y percusión; á la auscultación se perciben estertores de distinta tonalidad diseminados por todo el ámbito pulmo-

nar. En cuanto al sistema nervioso, el enfermo acusa cefalalgia, zumbidos de oídos, raquialgia, dolores vagos generalizados por todo el cuerpo; temperatura 37'5 mañana, 37'6 tarde. No hay alteraciones en el aparato urinario.

Diagnóstico.—La movilidad, la versatilidad de los síntomas, el quebrantamiento, los dolores generalizados, la raquialgia, la invasión brusca, las oscilaciones térmicas, el catarro nasal, ocular, bronquial, etc., constituyen una serie de síntomas que caracterizan más bien la infección grippal que ningún otro proceso; pero en cambio los antecedentes del enfermo, el vivir en país palúdico, beber agua de charcos, unido á los caracteres de los accesos, podrían, sin embargo, hacer pensar en una intermitente simple de tipo cotidiano doble que hubiese retoñado bajo la influencia de la infección grippal. Para dilucidar esta duda podrá observarse la evolución morbosa y los resultados de la terapéutica.

Tratamiento.—La quinina, la antipirina, el acónito, los polvos de Dower y los sudoríficos en general, los tónicos cardíacos y otros muchos, han sido empleados en el tratamiento de la gripe; pero, concretándonos á nuestro caso, estableceremos la terapéutica siguiente. Teniendo en cuenta que las principales indicaciones que importa cumplir surgen de la necesidad de modificar el catarro gástrico y bronquial, trataremos el primero con la medicación purgante, y al segundo con los diaforéticos, á los cuales asociaremos el óxido blanco de antimonio. El acónito está aquí también perfectamente indicado.

Agua	200 gramos
Sulfato de magnesia	20 »
Alcoholaturo de anís estrellado	1 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

Adminístrese á jicaras en el intervalo de una hora.

Aparte.

Solución gomosa	200 gramos
Óxido blanco de antimonio	1 gramo
Alcoholaturo de acónito	
Jarabe de malvavisco	30 gramos

Á cucharadas grandes, empezando dos horas después de la administración del purgante.

18 de Marzo.—No ha repetido el paroxismo febril, ha verificado algunas deposiciones, la tos ofrece menos intensidad, siendo la expectoración fácil y mucho más fluída; hay rudeza del murmullo vesicular, pero han desaparecido los estertores; la secreción nasal es menos abundante, más densa y de color amarillo-verdoso; temperatura normal; los dolores, generalizados lo mismo que la raquialgia, han disminuído en intensidad considerablemente, pero el enfermo está muy quebrantado y con escasas fuerzas. Sigue la fórmula anterior.

20 de Marzo.—Pulso rítmico y lento; han desaparecido todas las molestias, pero el enfermo sigue con escasas fuerzas, con profunda depresión, tanto física como moral. Se le administró una fórmula eupéptica al objeto de excitar el apetito y favorecer las digestiones á fin de que pueda nutrirse y reparar las pérdidas sufridas bajo la influencia de la afección:

Polvos de colombo.	0'30	gramo
Pepsina	}	1 »
Maltina		
Sacaruro de menta	1'50	»

D. en tres papeles: uno antes de las comidas.

23 de Marzo.—Tiene apetito, digiere bien, ha cesado la secreción nasal; no tiene tos, la temperatura es normal; á la depresión física ha seguido mayor vigor; el enfermo puede pasear sin molestia y sin fatiga, por lo que pidió el alta. La evolución que ha tenido la enfermedad acaba de venir en corroboración del diagnóstico de gripe establecido opuestamente al de infección palúdica.

J. SOLÉ Y FORN.





Estrechez é insuficiencia de las válvulas sigmóideas aórticas

Giovanni G., de 32 años de edad, natural de Livorno (Italia), soltero, profesión marinero y temperamento linfático, era aficionado al alcohol, y lo bebía diariamente en grandes cantidades, sobre todo en ayunas.

Antecedentes hereditarios.—Su padre murió de hemorragia cerebral, pero su madre y hermanos viven, gozando de completa salud.

Antecedentes morbosos.—No padeció enfermedad alguna hasta los 27 años, en cuya fecha contrajo una infección sífilítica que se inició por la aparición de un chancro indurado en el surco balano-prepucial, seguido de infarto poliganglionar múltiple, indoloro, bisingular; roseola y cefalea nocturna, síntomas que desaparecieron á los ocho meses. Á los 28 años sufrió reumatismo poliarticular agudo, que curó al poco tiempo; á los 30 padeció, en un puerto de Palestina, una infección palúdica de tipo intermitente simple cotidiano, logrando también al poco tiempo una completa curación.

Enfermedad actual.—Empezó hace un año con tos breve, al prin-

cipio seca y más tarde seguida de expectoración mucosa densa, adherente y ofreciendo algunas veces estrías de sangre. Con esto coincidió poca aptitud para el trabajo, debida á la disnea que en las primeras épocas se ofrecía sólo después de esfuerzos corporales violentos (ascensión á montañas, descarga de buques, etc.); pero más tarde bastaba el menor esfuerzo para provocarla, hasta que al fin no pudo ya dedicarse á su trabajo ordinario.

Siete meses más tarde perdió el apetito; las digestiones se hicieron difíciles, acompañándose de sensación de plenitud y distensión gástrica después de las comidas; tuvo crisis de dolor violentas á lo largo del esternón y edemas limitados, al principio en los tobillos, pero sin fijeza, pues desaparecían con el reposo de la cama; pero al fin se hicieron permanentes, extendiéndose á las piernas.

Tales fueron las manifestaciones morbosas que ofreció el enfermo durante los tres últimos meses que precedieron á su ingreso en la Clínica.

Estado actual.—El enfermo está flaco y pálido, y si algunas veces se pinta en sus mejillas una pequeña zona rosada, contrasta con la palidez del resto de la piel; las mucosas descoloridas, y las pupilas dilatadas. Guarda preferentemente el decúbito supino. El hecho que más llama la atención al examinar su hábito exterior es la aceleración respiratoria, por cuyo motivo pasamos á la exploración de los aparatos en donde de ordinario se encuentran las alteraciones causantes de dicho trastorno funcional.

Aparato circulatorio.—La región precordial está abombada en su totalidad hasta la línea axilar anterior; choque difuso de la punta extendida á los espacios intercostales sexto y séptimo, pero ofreciendo el máximo de intensidad en el sexto, en la proximidad de la línea axilar anterior, punto en donde se levanta con fuerza el espacio intercostal correspondiente. En el cuello, junto al hueco supraesternal, aparece una elevación y depresión pulsatoria isócrona con el latido cardíaco, y se observan además muy vivas las pulsaciones de las carótidas. Á la palpación se encuentra la impulsión fuerte, vigorosa, de la punta del corazón durante la sístole; compruébase también por medio de la palpación, tanto superficial como profunda, la pulsación en el hueco supraesternal de que anteriormente hemos hablado, y la presión profunda la descubre hasta la parte media de la fosa supraclavicular. El pulso de la radial recuerda el de Corrigan, pero no es típico; la onda es vigo-

rosa, rápida, levanta con fuerza la pared del vaso, pero no se deprime rápidamente; falta además el llamado *pulso capilar de Quinke*.

La matidez precordial está extendida hacia abajo hasta la séptima costilla, al nivel de la línea mamaria, y transversalmente desde la línea axilar anterior izquierda hasta el borde esternal derecho, al nivel de la cuarta costilla. Á la auscultación se aprecia un ruido de soplo prolongado que dura todo el primer tiempo y parte del segundo, en el foco de la mitral. Es sistólico y diastólico en los demás focos: en el aórtico, el sistólico es suave y el diastólico es áspero, vigoroso y prolongado, siendo mucho más marcado que en los demás puntos de auscultación. En las carótidas se percibe un ruido de soplo que por medio del estetoscopio no se descubre en las demás grandes arterias.

Aparato respiratorio.—El ritmo respiratorio está acelerado, pero las paredes del pecho se elevan escasamente durante la inspiración; hay tos breve de una ó dos sacudidas, con expectoración espesa y amarillenta; aspereza del murmullo vesicular en el plano anterior del pecho, con estertores subcrepitantes en la región infraclavicular izquierda; apagamiento del murmullo, broncofonía y aumento de las vibraciones vocales en el plano posterior y en la base de ambos pulmones.

Aparato digestivo.—Lengua saburral; sensación de peso y plenitud gástrica después de las comidas; ligero abultamiento de la glándula hepática, pero sin esplenomegalia. Tiempo atrás tuvo alguna disfagia al deglutir alimentos sólidos, pero este trastorno mecánico ha desaparecido.

Disminución de la secreción urinaria. Edemas en los maléolos. Temperatura normal.

Diagnóstico.—La percepción de soplos en los focos de auscultación cardíaca unido á la desviación de la punta é hipertrofia del corazón, indican desde luego una gran lesión del aparato circulatorio y no alguna de aquellas nosohemias que determinan soplos múltiples, porque en este caso la pleximetría sería negativa. Aquí la cardiopatía queda demostrada por la desviación de la punta del corazón y por el aumento de la zona pleximétrica en el sentido vertical; además, los soplos hemáticos son generalmente suaves y sistólicos, y en nuestro caso son ásperos y con las otras particula-

ridades ya indicadas. Es, pues, evidente no sólo una lesión orgánica, sino valvular y del endocardio, imponiéndose, desde luego, el diagnóstico de *estrechez é insuficiencia aórtica* como el más probable de todos. Hé ahí los síntomas en que apoyamos nuestra suposición: choque enérgico de la punta en el séptimo espacio, extensión de la matidez en el sentido vertical, ruido de soplo sistólico y diastólico, principalmente este último, prolongado y áspero en el foco aórtico, caracteres del pulso saltón, similar del pulso de Corrigan. Estos fenómenos caracterizan la estenosis del orificio aórtico con insuficiencia de sus válvulas, predominando, sin embargo, la insuficiencia sobre la estrechez, la cual dista mucho de aparecer tan evidente y clara como aquélla. No es probable que existan otras lesiones valvulares, pero la diseminación de los soplos, no sólo por todos los focos cardíacos de auscultación, sino también á lo largo de los vasos carotídeos, demuestra que tanto la túnica interna de las carótidas y aorta como el endocardio están lesionados, es decir que la flogosis se ha extendido desde el corazón á la aorta y los grandes vasos que de ella derivan, y que hay, por tanto, simultáneamente, endocarditis, endoaortitis y endoarteritis. ¿Podemos considerar como un aneurisma al pequeño tumor pulsátil que se encuentra en el hueco supraesternal? De ningún modo, porque faltan los fenómenos de compresión de los órganos intratorácicos, quedando todos libres; no hay tampoco abombamiento, ni destrucción de la primera pieza esternal, ni aumento de la matidez aórtica; existe, además, isocronismo entre el sístole cardíaco y el pulso; por lo tanto no es posible admitir un aneurisma. Ciertamente que el enfermo ha acusado algún dolor á la deglución de alimentos sólidos, pero esta disfagia ha sido transitoria y no permanente, cual ocurre en determinados aneurismas de la aorta. Tampoco el soplo tiene valor alguno, y ya hemos visto cuál era su génesis: á lo más podemos aceptar una ectasia aórtica, efecto de que, alterada su túnica media é interna, la misma presión de la onda sanguínea haya podido ensanchar la luz del vaso.

Etiología. — Numerosos factores pueden explicar la determinación del proceso. El enfermo era aficionado al alcohol, y bien sabida es la influencia nociva que aquel tóxico tiene sobre el aparato circulatorio; veíase, además, condenado, por su profesión, á trabajos corporales constantes; había sufrido el paludismo; fué sífilítico; y por si esto no bastara, figura en su historia el proceso que más comúnmente viene ligado con la endocarditis: el reumatismo.

Se nos objetará que la única infección reumática que el enfermo ha padecido no debió lesionarle el corazón tan intensamente, tanto más cuanto no se han podido descubrir otros vestigios del reumatismo que acusen una cronicidad, y que la sífilis terminó también favorablemente, sin dejar lesiones ostensibles; pero, á pesar de todo, no es lógico suponer que estas dos infecciones no hubiesen jugado ningún papel etiológico. Sin pretender dar valor en este caso á la hipótesis en cuya virtud se sostiene que la sífilis jamás cura en absoluto, sino que siempre resta como huella de su paso alguna lesión localizada en un punto variable, que muy bien pudiera ser en este caso el endocardio; concretándonos únicamente al reumatismo, ¿cuántas veces la endocarditis crónica evoluciona de un modo lento é insidioso, permitiendo al enfermo un bienestar, una salud aparentemente completa, y, sin embargo, á la larga da señales de existencia después de tres ó más años de un reumatismo ya casi olvidado? Además, en el presente caso, si todo esto no fuese bastante, no podría olvidarse tampoco la acción de las bebidas alcohólicas.

Pronóstico.—Grave: las energías del corazón ya decaen, la hipertrofia no basta ya para sostener el equilibrio circulatorio; y, perdida la compensación, por insuficiencia de la energía cardíaca, el enfermo debe fatalmente caminar hacia la muerte.

Tratamiento.—Modificar las lesiones del endocardio y evitar que sobrevenga la asistolia, sosteniendo la energía contráctil del corazón: tales son las indicaciones que habríamos de cumplir. Pero ¿es posible curar las lesiones valvulares? Se citan algunos casos excepcionales de curaciones obtenidas; pero lo cierto es que los medios preconizados como alcalinos de todas clases, vejigatorios repetidos aplicados sobre el nivel del orificio lesionado, baños clorurados sódicos, etc., escasos resultados positivos reportan, y, por tanto, pocas esperanzas pueden infundirnos.

Dada la situación del enfermo, no podemos ya esperar una modificación de las lesiones valvulares. Sin embargo, la medicación yodurada tiene aquí su indicación, no sólo para combatir el elemento causal sífilítico ó reumático, sino también porque, habiendo hipertensión aórtica, dilatando los vasos periféricos con sustancias vaso-dilatadoras, la corriente sanguínea encontrará menos resistencia en la red capilar; de este modo disminuirá la tensión central y el corazón podrá cumplir sus funciones con más desahogo. Y

si los yoduros están indicados como vasodilatadores, lo está igualmente la trinitrina. Es preciso también someter al enfermo á un reposo absoluto, en cama, pues todo esfuerzo implicaría aumento de trabajo cardíaco. Sin embargo, si pudiéramos restablecer de nuevo la compensación perdida, no sería recomendable el reposo llevado hasta tal extremo, pues la inacción prolongada en la cama favorece los éxtasis venosos, principalmente periféricos y hasta viscerales, creando con ello nuevos obstáculos á la circulación y que el corazón se ve obligado á vencer. Para evitar estos inconvenientes, podríamos, sin embargo, apelar al masaje, con el cual se regulariza la circulación periférica, protegiendo con ello el órgano central.

Por lo demás, es preciso someter al enfermo á un régimen alimenticio severo. Si no es posible una dieta láctea absoluta, debemos procurar que los alimentos sean de digestión fácil y muy nutritivos (leche, caldo, huevos, purés, *somatos*, carnes tiernas, etcétera), proscribiendo principalmente los que favorezcan la formación de gases y la consiguiente distensión gástrica (farináceos). Es preciso evitar el estreñimiento, procurando que el enfermo exonere con frecuencia, para lo cual podemos valernos de purgantes, como la cáscara sagrada, podofilino, ruibarbo, etc. Si todos los recursos anteriormente enunciados fracasaran, si á pesar de todo apareciere la hiposístolia, según ésta sea provocada por excesiva distensión del miocardio ó por degeneración grasosa del mismo, emplearemos los tónicos del corazón en el primer caso y los estimulantes de dicho órgano en el segundo. Entre los primeros figura á la cabeza de todos la digital, siguen el *strophantus hispidus*, la *convallaria majalis*, cafeína, esparteína, *adonis vernalis*, nuez vómica, estriknina, las inyecciones de suero artificial cuando sea preciso elevar la presión arterial. Entre los segundos figuran los preparados amoniacaes, el éter, las inyecciones de aceite alcanforado, etc.

Prescribióse la siguiente fórmula:

Jarabe de genciana	300 gramos
Yoduro potásico	10 »

Aparte.

Solución alcohólica de trinitrina al 1 por 100 3 gramos

3 gotas (1 miligramo), tres veces al día.

Observaciones clínicas.—*Día 14 de Marzo.*—Ofrécense desórdenes gástricos caracterizados por la lengua cubierta de una gruesa capa de saburra, plenitud gástrica después de las comidas y vómitos después de la ingestión de leche.

Los combatimos con esta poción:

Solución gomosa.	300 gramos
Bicarbonato sódico.	2 »
Creta preparada.	} 1 gramo
Tintura anís estrellado.	
Jarabe de azahar.	30 gramos

16 de Marzo.—Sigue la lengua saburral, y los vómitos después de la ingestión de la leche. Estreñimiento.

Limónada de citrato de magnesia. 200 gramos

Sigue lo anterior.

17 de Marzo.—Tos poco intensa de varias sacudidas, esputo mocosalival, tiene disnea (26 respiraciones por minuto), respiración superficial limitada á las partes altas del pecho; es ligeramente estertorosa; hay gran ocupación pulmonar, percibiéndose á la auscultación múltiples estertores diseminados, tanto en el plano anterior como posterior; color del rostro pálido céreo; el pulso es frecuente (96 pulsaciones), rítmico y conserva bastante energía. Es preciso, en primer término, mantener la energía cardíaca, y en segundo lugar favorecer la contractilidad de los musculitos bronquiales para evitar que sobrevenga la paresia de los mismos y el acúmulo de exudados en el interior de los alvéolos pulmonares. Para ello prescribióse la fórmula siguiente:

Agua de azahar	200 gramos
Carbonato amónico.	3 »
Tintura de polígala.	1 gramo
Jarabe de cidra.	30 gramos

Siguen las gotas de trinitrina.

19 de Marzo.—Aumenta la dificultad respiratoria. Experimenta el enfermo una sensación de opresión precordial acompañada de violentos dolores pungitivos difusos por la región hepática, epigástrica y esternal, que aparecen en forma de crisis de poca duración, frecuentemente repetidas y acompañadas de gran dificultad respiratoria. Sigue la ocupación pulmonar, y el pulso es más

débil y frecuente, pero continúa siendo rítmico. Urge moderar las sensaciones de opresión, de dolor, como también combatir la disnea; y ¿cuáles son los recursos terapéuticos de que podemos echar mano? Si se tratara de un proceso cardíaco preferentemente mitral, que se acompañara de gran disnea y de cianosis, podríamos, ante la inminencia de la asfixia, acudir á las deplecciones sanguíneas para evitarla, según manifestó nuestro profesor en sus *Lecciones sobre la sangría*; pero aquí se trata de una afección aórtica, que se acompaña de palidez intensa, de angustia precordial, pulsos bajos, etc, y en estos casos el recurso soberano viene representado por los narcóticos estupefacientes, preferentemente la morfina. Hé ahí el fármaco que en este momento está indicado para dominar la angustia que el enfermo está experimentando.

Suspendiéronse las fórmulas anteriores, prescribiéndose el clorhidrato de morfina asociada al salicilato de bismuto y cerio y al bicarbonato de sosa para aprovechar la acción antigastrálgica de ambos medicamentos.

Clorhidrato de morfina	0'05 gramo
Bicarbonato sódico	3 gramos
Salicilato bismuto y cerio	0'40 gramo
Sacaruro de hinojo	3 gramos

D. en 8 papeles: uno cada dos horas.

20 de Marzo.—No ha bastado la morfina administrada por la vía gástrica para calmar el intenso dolor que hace prorrumpir al enfermo en constantes gemidos; sigue la disnea en aumento; el enfermo está angustioso, bañado frecuentemente en sudor frío; adopta posiciones diversas para facilitar la respiración; inclina su tronco hacia delante; aplica fuertemente sus antebrazos sobre el pecho; quiere saltar de la cama para ir en busca de aire y librarse del dolor que le tortura. Hay que seguir con el mismo fármaco, la morfina; pero es preciso administrarla por la vía hipodérmica para que deje sentir mejor sus efectos.

Por otra parte, es preciso sostener la energía contráctil cardíaca y favorecer la circulación dilatando los vasos periféricos. Para lo primero emplearemos el tónico cardíaco, por excelencia la digital asociada á la cafeína; para lo segundo los yoduros y la trinitrina. En cuanto al yoduro, á pesar de que administrado anteriormente no fué tolerado, quizá por ser las dosis demasiado elevadas, es preciso hacer nuevos ensayos, empezando por dosis

pequeñas é ir las aumentando gradualmente para ver si así logramos la tolerancia.

Polvos hojas de digital	0'50 gramo
Agua hirviendo	150 gramos

Infúndase, fíltrese y añádase:

Benzoato sódico de cafeína	1 gramo
Solución alcohólica de trinitrina	
al 1 por 100	4 gotas
Jarabe de hinojo	30 gramos

Aparte.

Cloruro mórfico	0'10 gramo
Agua destilada	10 gramos

Una inyección diaria de 1 gramo (equivale á 0'01 gramo de morfina).

21 de Marzo.—Lengua saburral; tos corta, de una sola sacudida; esputo tinto en sangre; orina escasa, de color anaranjado, espumosa, conteniendo vestigios de albúmina. Debe continuar la medicación últimamente establecida, pero además es preciso utilizar la acción derivativa de los purgantes, principalmente hidrágos, al objeto de descongestionar en lo posible no sólo el pulmón sino también todos los órganos que sean asiento de congestiones por éxtasis sanguíneo, pues éstas constituyen un obstáculo á la circulación y exigen, por consiguiente mayor, esfuerzo por parte del corazón.

D. Aguardiente alemán	} 25 gramos
Jarabe de cidra	

En dos veces, administrando á las dos horas un enema constituido por partes iguales de agua y sal.

22 de Marzo.—Ha logrado una sola deposición, volviéndose de nuevo á cerrar el vientre; sigue la lengua saburral y la sensación de plenitud gástrica después de las comidas. Debe insistirse en la medicación purgante, procurando tener despejadas las vías digestivas:

D. Agua	200 gramos
Citrato de magnesia	30 »
Bicarbonato sódico	2 »
Jarabe de azahar	30 »

Una jicara cada dos horas.

23 de *Marzo*.—Ha disminuído la disnea; la respiración es más fácil; el enfermo no se ve obligado á permanecer constantemente sentado; no hay ortopnea; puede guardar el decúbito supino, siendo á pesar de ello relativamente fácil la respiración; el pulso ha aumentado ligeramente su energía; la cantidad de orina es mayor; el dolor y la opresión han remitido considerablemente. Podemos aumentar la cantidad del yoduro potásico, ya que es perfectamente tolerado, y la continuación de los vasos dilatadores se impone para descargar al miocardio del exceso de trabajo. La digital puede substituirse por otro cardiotónico, la cafeína por ejemplo, al objeto de que el empleo prolongado de aquel agente no dé lugar á efectos de acumulación.

D. Agua	180 gramos
Yoduro potásico	0'30 gramo
Solución alcohólica de trinitrina al 1 por 100	3 gotas
Benzoato sódico de cafeína	1 gramo
Jarabe quina calisaya	30 gramos

25 de *Marzo*.—Sigue la respiración, siendo más fácil, menos intenso el dolor, pero disminuye la energía del pulso. Se aumentó la cantidad del yoduro. Reaparecen las molestias gástricas.

D. Agua melisa	160 gramos
Bicarbonato sódico	10 »
Yoduro sódico	0'60 gramo
Jarabe de badiana	2 gramos

26 de *Marzo*.—Tiñense de color amarillento las escleróticas y la tabla del pecho; el hígado rebasa el reborde costal, es duro y doloroso á la presión: acusa de nuevo plenitud gástrica después de las comidas; sigue disminuyendo la energía del pulso; la respiración es más difícil, la congestión pulmonar muy grande; hay dolor pungitivo muy intenso en la región hepática, con irrigaciones al epigastrio. Ha desaparecido, pues, la calma transitoria que se había establecido, ingresando en el último período, en la llamada *caquexia cardíaca*, según lo demuestra de un modo evidente la

congestión hepática causante de la ictericia que ofrece el enfermo. Se aumentó la cantidad de yoduro, asociándose á la fórmula la morfina para calmar el dolor:

D. Agua	180 gramos
Cloruro mórfico	0'05 gramo
Bicarbonato sódico	6 gramos
Yoduro potásico	1 gramo
Solución trinitrina al 1 por 100	6 gotas
Jarabe de cidra	30 gramos

28 de Marzo.—La amarillez ha invadido la piel de todo el cuerpo; las mucosas de los labios ofrecen un color amarillo oscuro, mezcla de cianosis é ictericia; la respiración es difícil, laringotraqueal; tos de una sacudida; esputo hemoptoico; epistaxis repetidas; tiene hipo, náuseas, vómitos, biliosos primero y por fin sanguinolentos; sensación de dolor violento que empieza en la zona hepática, irradiándose al epigastrio y tabla del pecho; el enfermo aplica fuertemente las manos sobre el epigastrio para calmarlo; los ruidos cardíacos son apagados, el ritmo acelerado; pulso frecuente y débil; disminución de la secreción urinaria; el edema invade las piernas.

Terapéutica.—Á pesar del reposo absoluto, vasodilatadores, tónicos cardíacos, digital, etc., la energía cardíaca sólo ha podido sostenerse un tiempo breve, y actualmente se encuentra ya el corazón en un período de franca hiposistolia. Como indicación vital se impone, pues, sostener la energía contráctil del miocardio, darle vigor, pues de lo contrario sobrevendría la asistolia y la muerte. Todos los tónicos cardíacos enumerados son inferiores á la digital, y, sin embargo, ésta ha fracasado. ¿Qué recursos, pues, nos quedan? Después de múltiples experimentos y discusiones han venido los clínicos en admitir que la digitalina, si bien no contiene todos los elementos que integran la composición de la substancia madre, no obstante ejerce sobre el miocardio una acción más poderosa que la digital: como recurso, pues, el más heroico que en nuestro caso podemos disponer, administraremos la digitalina, empleando como forma farmacológica preferible la solución gliceroalcohólica de la misma al 1 por 1000. Prescribiremos además los astringentes al objeto de cohibir las hemorragias:

D. Agua	100 gramos
Ergotina	1 gramo
Jarabe ratania	30 gramos

28 de Marzo.—El pulso es filiforme y frecuente, la respiración enormemente difícil, el dolor sigue intenso y constante: no permite al enfermo un momento de bienestar; la aceleración cardíaca es tanta que no se aprecian los silencios que separan los dos ruidos (embriocardía); dilatación pupilar, hipotermia. El enfermo tiene plena conciencia de su próximo fin. ¿Podríamos pensar en administrar una sangría con la idea de dominar la asfixia? Sería un error grave: aquí no hay asfixia, sino asistolia; el peligro no está en la congestión pulmonar, sino en la debilidad cardíaca: lo que importa es levantar la energía contráctil del miocardio. ¿Seguiremos con la digital? De ningún modo, ha pasado su época, pues lo probable es que existe ya degeneración granulograsosa del miocardio á juzgar por la embriocardía, á más de que existe la aseveración de algunos autores de que el miocardio está degenerado cuando resiste la digital, y aquí la resistencia no puede ser más evidente, pues cuando debíamos esperar de la digitalina un aumento de la tensión arterial, el pulso se hace filiforme; cuando debía seguir una disminución del número de pulsaciones, nos encontramos en plena embriocardia. En este momento son la cafeína y los estimulantes del corazón los fármacos indicados:

D. Agua de melisa	200 gramos
Yoduro potásico	2 »
Tintura castóreo	3 »
Benzoato sódico de cafeína	1'50 gramo
Jarabe de almizcle	30 gramos

29 de Marzo.—Algidez de la punta de la nariz, orejas, manos y pies; sudor frío; debilidad suma de los latidos cardíacos; pulso inapreciable... Por la tarde del mismo día falleció.

Autopsia. — El corazón es el órgano donde se hallan las principales lesiones anatómicas; es muy voluminoso; existen grandes depósitos de grasa que rellenan los surcos interauriculares é inter-ventriculares; sus fibras son flácidas, pálidas y descoloridas; vertiendo agua en la aorta, pasa sin dificultad alguna al ventrículo izquierdo; examinadas las válvulas semilunares aórticas, se encuentran en ellas algunas vegetaciones duras esclerósicas, del tamaño de una cabeza de alfiler, situadas en las paredes de los repliegues semilunares, á muy poca distancia de su borde libre; retracción de las mismas, que ha disminuído su longitud vertical, por cuyo motivo cierran incompletamente el orificio aórtico; ofré-

cense ligeramente rígidas; hay estenosis, bien que poco pronunciada; existe una gran dilatación del corazón izquierdo, cuyas paredes ofrecen unos 0'02 metros de espesor; ligera ectasia del ventrículo derecho; los pulmones están congestionados; el hígado ofrece considerable volumen y es duro; seguramente que los atroces dolores que el enfermo refería á la región hepática eran debidos á la distensión exagerada de su cápsula. Réstanos únicamente consignar que había ligera ectasia aórtica, comprendiendo la porción ascendente y la transversa principalmente, existiendo además en la cara interna de la primera porción del cayado una placa extensa, rugosa, de coloración rojo-oscura, indicio evidente de la endoaortitis que se sospechó en vida.

J. SOLÉ Y FORN.



