



**Paludismo. — Espasmo de la glotis.  
Angina catarral. — Sarna.**

Abdón P..., de 25 años de edad, natural de Barbastro, procedente de Santiago de Cuba, de cuyo ejército formó parte.

**Anamnesis.** — No señala antecedentes morbosos hereditarios. Padebió el sarampión á los 4 años, y una blenorragia á los 18, sin ulteriores consecuencias.

**Enfermedad actual.** — Empezó el mes de Marzo, en la isla de Cuba, y la invasión fué brusca. En medio de la más perfecta salud, percibió una sensación de calor intenso acompañada de poli-dipsia y cefalalgia, durando el paroxismo febril dos horas, después de las cuales quedó muy quebrantado.

Á los quince días reapareció el acceso de fiebre, precedido de pandiculaciones, y esta vez la fiebre fué muy alta, pues la temperatura alcanzó 40°, y el paroxismo duró también dos horas.

Á primeros de Mayo tuvo un catarro gástrico agudo, del cual no curó por completo, ya que tras él evolucionó una dispepsia atónica. En Julio repitieron, á bordo, los accesos palúdicos, revisitando el tipo intermitente simple tercianario. Además el catarro gástrico se propagó á los intestinos.

En Agosto, regresó á su país natal, donde repitieron nueva-

mente los accesos febriles, tomando la forma intermitente cotidiana y estando constituidos generalmente por dos estadios, frío y calor; y algunas veces por los tres clásicos de frío, calor y sudor.

Trasladóse en Octubre á Barcelona, y aquí las fiebres ofrecieron el tipo intermitente, cotidiano, subintrante, adelantándose una hora el acceso, empezando el primer día á la una de la tarde y el octavo á las siete de la mañana. Entonces ingresó en la clínica.

**Estado actual.** — Ofrece su rostro un tinte amarillo pajizo; las conjuntivas pálidas, la mucosa de los labios descolorida, y el cuerpo con gran enflaquecimiento.

Únicamente el aparato digestivo está alterado. Tiene apetito, sed, á veces mal sabor, lengua cubierta por una ligera capa de saburra, sensación generalmente de plenitud y pesadez en el epigastrio, y hasta de dolor, después de las comidas; estreñimiento, con deposición de heces fecales duras, negruzcas, á modo de cibalas; paredes abdominales aplanadas, dolorosas á la presión en la región epigástrica, en la hepática y más especialmente en la esplénica.

Á la palpación se encuentra el lóbulo derecho del hígado rebasando ligeramente el reborde costal, siendo de difícil limitación el lóbulo izquierdo, pues la exploración resulta muy dolorosa. No encontramos á la palpación el bazo, y la percusión descubre su matidez, empezando en la línea axilar al nivel de la octava costilla y terminando en el reborde costal.

Hay perfecta lucidez intelectual; normalidad de los nervios motores; tan sólo se encuentra alguna alteración sensitiva caracterizada por una cefalalgia persistente de localización casi siempre frontal.

Algunas horas después de haber ingresado en la Clínica ha sufrido un acceso de fiebre con sus tres estadios. La invasión ha sido precedida de prodromos, caracterizados por abatimiento, densa palidez del rostro y deseos de estirar y encoger sus miembros, principalmente los superiores.

Á todo esto ha seguido una sensación de frío, iniciada en el dorso y propagada rápidamente á todo el cuerpo. La sensación ha tomado cada vez mayor incremento, dando bien pronto lugar á violentos escalofríos, acompañados de castañeteo de dientes, piel de gallina y un temblor tan intenso que hacía oscilar la cama. Las pupilas estaban dilatadas, la respiración acelerada y el pulso frecuente.

Practicada una puntura en la yema del dedo, se ha logrado con dificultad que salieran algunas gotas de sangre de poco tamaño. Examinadas al microscopio, se ha encontrado 2.500,000 glóbulos rojos por milímetro cúbico, y además plasmodiums de Laveran.

Después de una hora de duración ha cesado el estadio de frío, sobreviniendo entonces el de calor. La piel se ha puesto seca y urente, el rostro inyectado, de nuevo la respiración se ha acelerado y el pulso ofrece mayor dilatación que durante el estadio de frío. Dos horas después ha descendido gradualmente la fiebre, entrando el enfermo en un período de bienestar y de reposo.

**Diagnóstico.**—Los síntomas anteriormente descritos, unidos al hallazgo del plasmodium de Laveran en la sangre, no permiten duda alguna sobre la existencia del *paludismo*. Lo particular es las variaciones presentadas por los accesos, tanto en el número de sus estadios como en la duración de los intervalos que han separado unos de otros.

Padece además, nuestro enfermo, un *catarro gástrico crónico*, como lo demuestran los caracteres de la lengua y los datos obtenidos por la exploración del estómago, y por fin, una *cloro-anemia*, comprobada por la disminución de glóbulos rojos de la sangre y por el color pálido de la piel y mucosas.

**Etiología.**—Hay que tener en cuenta la residencia del enfermo en un país cálido, donde el paludismo reina endémicamente, y además su manera de vivir.

Escribiente en las oficinas militares de Santiago, disfrutó de completa salud durante el largo período de la campaña cubana. Bloqueada la ciudad, vióse obligado á combatir desde las trincheras bajo la acción constante de los rayos solares. Entonces contrajo la infección malárica. Por otra parte, á las fatigas corporales á que le obligaban los frecuentes combates, añadióse el uso de bebidas alteradas y una alimentación deficiente, tanto en cantidad como en calidad. En efecto, consumidas las substancias de origen animal, la alimentación quedó reducida al uso exclusivo de vegetales, pan de maíz y de arroz, y, finalmente, á una cantidad insuficiente de este último (¡media ración cada dos días!). Bajo la influencia de este régimen, sufrió el enfermo el catarro gástrico.

Rendida la plaza, la suerte del vencido no fué muy envidiable, y no se cumplieron siquiera los principios más fundamentales de

la higiene. Casi todos los soldados estaban enfermos, á pesar de lo cual viéronse obligados á acampar en las márgenes de un río, sin tiendas de campaña en su inmensa mayoría, bajo la acción de las frecuentes lluvias que alternaban con períodos de un sol abrasador. Es claro que en estas condiciones, falto en absoluto de limpieza el suelo y abundante en materia orgánica, debióse convertir en un medio de cultivo excelente para el desarrollo del protozooario de Laveran; por cuyo motivo se comprende fácilmente que entonces la infección palúdica recrudeciera y adquiriese mayor gravedad.

Y, por fin, si se tiene en cuenta que era palúdico, que estaba sometido á trabajos corporales excesivos, sin que la cantidad de materiales alimenticios fuera suficiente para su nutrición; no es difícil explicarse por qué el enfermo estaba tan profundamente anémico. Lo raro es que sobreviviera al desastre cuando sus compañeros morían á centenares en el más punible abandono.

**Pronóstico.**—No debe hacerse grave desde el instante que el enfermo no sólo puede vivir alejado de los focos de infección, sino que puede someterse á una terapéutica racional.

**Tratamiento.**—Establecer una higiene rigurosa, alejando al enfermo de todo sitio pantanoso, de todo foco de paludismo, es lo primero que debemos procurar. Entre todos los medicamentos empleados, son las quininas las que tienen una acción más segura. Ahora bien: teniendo en cuenta que la quinina se elimina á las 4 ó 5 horas de su ingestión, la administraríamos algunas horas antes de iniciarse el acceso si supiéramos cuándo éste debe empezar; pero, como la hora era mudable, hubimos de administrarla acumulada é inmediatamente después del acceso, rebajando gradualmente la cantidad en los días sucesivos.

Por lo que se refiere á las dosis, no somos partidarios de administrar dosis altas, por la facilidad con que se acompañan de intolerancia, sino que preferimos por este motivo que sean menores y repetidas.

Otros medicamentos se han recomendado, tales como el arsénico, el sulfato de cinconidina, el clorhidrato de fenocol, el azul de metileno, etc.; pero ninguno de ellos ha proporcionado los brillantes éxitos de las sales quínicas: sólo con el arsénico se obtienen favorables resultados, sobre todo en el paludismo crónico.

Clorhidrosulfato de quinina . . . 1 gramo

D. en sellos n.º 4. Uno cada media hora.

**Observaciones clínicas.**—*20 de Noviembre.*—La fórmula anterior fué seguida de intolerancia (sensación de ardor en el hueso epigástrico y náuseas). Por consiguiente fué preciso disminuir la cantidad de quinina y administrar las dosis más distanciadas.

Clorhidrosulfato de quinina. . . 0.75 gramo

Dividido en 4 sellos, uno cada 2 horas.

Además, para vencer el estreñimiento, prescribióse el siguiente purgante oleoso:

Aceite ricino . . . . .	}	30 gramos
Agua de menta . . . . .		
Agua . . . . .		70 »
Goma arábica . . . . .		c. s. »
Jarabe de cidra . . . . .		30 »

*22 de Noviembre.*—No han repetido los accesos palúdicos. Tiene cefalalgia y zumbido de oídos; percibe con frecuencia ruidos que compara al tictac de un reloj, debidas seguramente á la acción quínica. No ha evacuado. Debemos disminuir nuevamente la cantidad de quinina para evitar sus efectos tóxicos, é insistir en el uso de los purgantes para vencer el estreñimiento.

Calomelanos al vapor . . . . . 0.80 gramo  
Azúcar . . . . . 1 »

4 papeles, uno cada hora, administrando, seis horas después de haber tomado el último, los siguientes:

Bisulfato de quinina . . . . . 0.50 gramo

Dividido en 4 sellos.

*24 de Noviembre.*—No han repetido los zumbidos de oídos ni los accesos de paludismo. La administración de los calomelanos fué seguida de borborigmos y dolor difuso por todo el abdomen; pero el enfermo no logró deposición alguna.

Podríamos dar las sales quínicas asociadas á un amargo, y al mismo tiempo el arsénico, el mejor sucedáneo de la quinina, eli-

giendo como forma farmacológica el licor de Fowier, pero no asociándole á ninguna otra substancia por la facilidad con que en este caso se altera. La cantidad del arsénico debe aumentarse de un modo progresivo.

Clorhidrosulfato de quinina. . . . .	}	0'30 gramo
Sulfato de beberina. . . . .		
Exc. . . . .		c. s.

Dividido en píldoras n.º 6.

Aparte:

Licor de Fowler . . . . .	6 gramos
---------------------------	----------

4 gotas antes de las comidas.

2 de Diciembre.—Sigue el estreñimiento tenaz: hace ocho días que no ha evacuado. Como no hemos obtenido resultado alguno con el empleo del aceite de ricino ni de los calomelanos, administraremos la poción angélica.

Poción angélica edulcorada. . . . .	200 gramos
-------------------------------------	------------

La administración de la fórmula anterior fué seguida, á las pocas horas, de una abundante deposición constituida por heces fecales duras é inodoras.

## ANGINA CATARRAL

3 de Diciembre.—La inspección de la cavidad bucal arroja los siguientes datos: lengua cubierta por dos capas laterales de saburra; mucosa que reviste el istmo de las fauces, tumefacta, brillante y de color rojo vivo; úvula ligeramente edematosa. El volumen de las amígdalas está algo aumentado, no rebasando la cara interna de los pilares. Los movimientos de elevación y depresión de las mandíbulas son dolorosos. También la deglución despierta vivo dolor, especialmente para los sólidos. La palpación de la región suprahióidea, si es superficial, resulta indolora; si es profunda, provoca dolor. Hay fiebre (39'5º). La orina aparece encendida y disminuía en cantidad.

¿De qué se trata? Ninguna duda puede ofrecer el diagnóstico: es evidente la existencia de una *angina catarral aguda difusa*.

La marcha de la angina eritematosa acostumbra ser hacia la curación. Sin embargo, debemos reservar el pronóstico, por las complicaciones á que dicha enfermedad está expuesta.

**Tratamiento.**—Es hoy conocida la patogenia de las anginas. Sábese que es una enfermedad infecciosa producida por microorganismos que normalmente viven en estado saprófito en la cavidad bucal y que, en virtud de una circunstancia determinada (enfriamiento, etc.), se hacen patógenos, dando lugar á dicho proceso morboso. Por consiguiente, si se trata de una enfermedad infecciosa, nada más racional que oponer á la misma un tratamiento antiséptico.

Entre las varias substancias empleadas, debemos recomendar el uso del clorato potásico, preconizado desde antiguo en el tratamiento de esta enfermedad; las pulverizaciones ó pincelaciones con soluciones de ácido bórico, bórax, resorcina, ácido fénico (al 1 ó 2 por 100), de sulfato de alúmina, etc.; las insuflaciones de bicarbonato de sosa, alumbre pulverizado, suborato sódico; las soluciones de cocaína para calmar el dolor, etc.

Los gargarismos ofrecen el gran inconveniente de producir vivo dolor al enfermo por el movimiento de las fauces en el acto de gargarizar.

En nuestro caso, tratándose de un proceso benigno y estando todavía al principio del mismo, administraremos la medicación diaforética, añadiendo á la fórmula el acónito para calmar el dolor y al mismo tiempo favorecer la diaforesis.

Solución gomosa . . . . .	200 gramos
Espíritu Minderero . . . . .	2 »
Alcoholaturo de acónito . . . . .	1 gramo
Jarabe de violetas . . . . .	30 gramos

*4 de Diciembre.*—Ha tenido, durante toda la tarde y noche, sudores profusos. Se ha cerrado de nuevo el vientre. Sigue el dolor á la deglución y la rubicundez del istmo de las fauces. Administraremos el clorato potásico al interior, asociado al acónito y belladona, y además los calomelanos para mover el vientre.

Calomelanos al vapor . . . . .	0'50 gramo
Azúcar . . . . .	2 gramos

Dividido en 2 papeles.

Aparte:

Agua de tilo . . . . .	200 gramos
Clorato potásico . . . . .	2 »
Alcoholaturo de acónito . . . . .	} 1 gramo
Tintura de belladona . . . . .	
Jarabe de granadas . . . . .	30 gramos

5 de Diciembre.—Á pesar de la fórmula indicada, el dolor á la deglución es tan vivo que el enfermo no puede deglutir alimento alguno. Si respira con la boca abierta, el aire inspirado le produce también dolor. La palpación de la región suprahióidea, por superficial que sea, es también muy dolorosa. Hay abundante saliveo por la dificultad de tragar dicho líquido. Las fauces siguen rubicundas y la lengua es saburral. Temperatura, 39°. Prescribiéronse las pastillas de cocaína para calmar el dolor.

Pastillas de cocaína boratada núm. 6

Por la tarde del mismo día prescribióse por el Dr. Ribas la fórmula siguiente:

Infusión amapolas . . . . .	200 gramos
Licor amoniaco anisado . . . . .	} 2 »
Carbonato amónico . . . . .	
Jarabe diacodión . . . . .	} 20 »
Jarabe de cidra . . . . .	

## ESPASMO DE LA GLOTIS

6 de Diciembre.—Á la una de la tarde fué repentinamente presa de un acceso de sofocación, suspendiéndose la respiración hasta el punto de llegar á temerse que habría necesidad de practicar la traqueotomía. Sin embargo, hubo bien pronto una inspiración sibilante, estridente, seguida de espiración también ruidosa, aunque aquélla era más penosa y difícil que ésta. Simultáneamente experimentó el enfermo una angustia indecible, una sensación de opresión que le obligó á levantarse de la cama en *busca de aire*, según su propia frase. Al propio tiempo la cara, pálida primero, volvióse

amoratada. Unos cinco minutos duró esta crisis, después de los cuales, consecutivamente á la aplicación de fomentos de timol á la cara anterior del cuello, la respiración se hizo más fácil, pero continuó siendo ruidosa y acompañándose al mismo tiempo de ronquera de la voz. Practicada la exploración de la laringe, vióse que la epiglotis estaba edematosa, lo mismo que los repliegues aritenopiglóticos.

Trátase de un *espasmo de la glotis*. El solo hecho de que bastara aplicar, sobre la cara anterior del cuello, fomentos de timol para que disminuyese considerablemente el espasmo, bastaría para demostrarlo, si por otra parte el síndrome no fuera lo suficiente característico.

Seguramente fué debido el espasmo á que la angina catarral, la cual se acompañó de edema de la úvula, se propagó á la laringe, dando lugar al edema de la glotis consecutivamente al cual sobrevino dicho accidente.

**Tratamiento.**—¿Qué indicaciones debemos cumplir? Es preciso sedar el sistema nervio á beneficioso de la medicación bromurada y de los narcóticos, siendo con ello probable que se evite la aparición de nuevos espasmos; pero si éstos, á pesar de todo, reaparecieran y llegasen á poner en peligro la vida del enfermo, no vacilaríamos en acudir á la intervención quirúrgica practicando la traqueotomía.

Agua de tilo . . . . .	150 gramos
Bromuro potásico. . . . .	3 »
Clorhidrato de morfina . . . . .	0'05 gramo
Jarabe de cidra . . . . .	30 gramos

8 de Diciembre. — La epiglotis sigue aumentada de volumen: por medio del tacto se comprueba la tumefacción. Continúa la respiración siendo ruidosa.

9 de Diciembre.—Se ha normalizado la respiración. Continúa la deglución siendo ligeramente dolorosa para los sólidos. Ha desaparecido el edema de la úvula, pero el istmo de las fauces todavía es algo rubicundo, bien que la rubicundez no es ya tan viva. Suspendiéronse los fomentos de timol y la poción con bromuro y morfina, prescribiéndose nuevamente el clorato potásico al objeto de modificar la angina.

Agua de tilo. . . . .	150 gramos
Clorato potásico. . . . .	2 »
Jarabe de malvavisco. . . . .	25 »

## SARNA

12 de Diciembre.—Obsérvase en ambos antebrazos, en el pecho y abdomen una erupción polimorfa, constituida principalmente por pequeñas manchas rubicundas que palidecen á la presión, y algunas de las cuales siguen una dirección lineal; y, además, por pápulas y numerosas pústulas fisáceas. El enfermo sufre en dichos puntos un violento prurito, que se exagera durante la noche con el calor de la cama. La erupción se inició en el antebrazo derecho, propagándose rápidamente á toda la cara anterior del tronco.

**Diagnóstico.**—La polimorfia, la diseminación y el vivo prurito de que se acompaña hacen pensar que existe aquí la enfermedad cutánea parasitaria conocida con el nombre de *sarna*.

El tratamiento ha de tener por objeto matar el *acaros* causante de la enfermedad; y para ello, á pesar de los muchos medios indicados modernamente, acudiremos á la terapéutica antigua clásica, que tan excelentes resultados produce; la aplicación de la pomada sulfurosa previo baño y enjabonamiento de la piel, al objeto de que las galerías subcutáneas labradas por el parásito queden al descubierto.

Manteca . . . . .	100 gramos
Azufre sublimado . . . . .	25 »
Subcarbonato de potasa . . . . .	10 »
Esencia de bergamota. . . . .	1 gramo

15 de Diciembre.—Han desaparecido las pústulas y pápulas. Quedan solamente algunas manchas pequeñas, discretas y de color más pálido. No tiene prurito. La angina ha terminado por curación.

J. SOLÉ Y FORN.





## Gastritis ulcerativa.— Perforación del estómago

Juan P..., de 54 años de edad, natural de Vichfret (Lérida), residente en Barcelona, de profesión labrador. En su alimentación predominaban las substancias vegetales, era también aficionado á los condimentos y bebía alcohol en ayunas.

**Anamnesis morbosa.**— Gozó de perfecta salud hasta la edad de 53 años. Entonces tuvo edema de las piernas, coincidiendo con disminución de la cantidad de orina.

Curada á los pocos días dicha enfermedad, le sobrevino una dispepsia ácida, caracterizada por sensación de ardor al nivel del hueco epigástrico, que empezaba después de las comidas y se prolongaba durante dos ó tres horas, acompañándose frecuentemente de eructos ácidos. Á primeros de Agosto, la sensación percibida al nivel del hueco epigástrico, era de dolor continuo, pero con exacerbaciones durante la digestión y siendo entonces tal su intensidad, que el enfermo viene obligado á guardar el decúbito prono ó abdominal para moderarlo. El dolor estaba localizado en el epigastrio, sin irradiarse hacia la columna vertebral. Calmaba con dosis altas de bicarbonato sódico.

Otro hecho de importancia coincidió con las crisis dolorosas, y

fué motivado por los vómitos, los cuales se iniciaron en la misma fecha que aquéllas y se prolongaron hasta algunos días antes de ingresar el enfermo en la Clínica.

En cuanto á la naturaleza de las materias expulsadas del estómago, ofrecieron distintas variantes. En efecto, en un principio sobrevenían inmediatamente después de las comidas, estando constituidas por materiales líquidos y sólidos con predominio de estos últimos, entre los cuales había trozos de alimentos sin digerir y otros reducidos á papilla. Eran insípidos, incoloros, inodoros y calmaban el dolor. Más tarde no ofrecían regularidad alguna, y sobrevenían independientemente de las comidas. Su color era verdoso y su sabor intensamente amargo. En el último período, que comprendió los meses de Diciembre y Enero, veíanse en los materiales vomitados, abundantes estrias sanguíneas y numerosos puntos de color rojo vivo, constituídos por sangre arterial. La cantidad de las materias expulsadas era grande, siéndole el vómito precedido de violentos esfuerzos. No ha habido melenas. Durante los seis meses que han precedido á su ingreso en la Clínica, el enfermo ha enflaquecido considerablemente.

**Estado actual.**— Los pómulos, al igual que todas las eminencias óseas, forman relieve y la piel está desprovista de su panículo adiposo. El enfermo guarda preferentemente el decúbito supino. La expresión fisiognomónica de su rostro revela una profunda melancolía.

El aparato más profundamente alterado es el digestivo; hé ahí el resultado de su examen. Pocas manifestaciones encontramos en la cavidad bucal. Conserva el enfermo completo su sistema dentario, perfectamente cubierto por la capa de esmalte blanco. El borde libre de los incisivos es cortante, indicio de no haber sufrido el más mínimo desgaste. La lengua es ancha, húmeda, cubierta por una capa de saburra blanca de poco espesor.

Conserva regular apetito, no tiene mal sabor, no hay dificultad alguna para el paso de los alimentos á lo largo del esófago. El dolor al nivel del hueco epigástrico sigue conservando los mismos caracteres que antes de ingresar en la Clínica, pero no va seguido de vómitos.

Á la inspección aparecen aplanadas las paredes abdominales. Las paredes epigástricas no ofrecen resistencia á la palpación; pero si ésta se practica con los dedos, aunque sea de un modo superficial, despierta dolor difuso por todo el epigastrio. En cambio, si es

profunda y se practica de un modo amplio, es decir, con toda la palma de la mano, calma el dolor. Puestas en relajación las paredes abdominales, flexionadas al efecto las piernas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis, y abierta la boca del enfermo, la palpación más atenta de la viscera gástrica no permite descubrir ninguna zona indurada. El área pleximétrica del estómago es normal, tanto en el sentido vertical como en el transversal. El sonido que acusa es claro. La exploración de los demás órganos abdominales nada revela de anormal, y lo mismo decimos de los aparatos respiratorio, circulatorio y demás.

**Diagnóstico.**—El dolor y las hematemesis, hé ahí las manifestaciones morbosas más principales sobre las que debemos basar el diagnóstico.

En cuanto al dolor, los caracteres con que se ofrece no bastan para que admitamos la existencia de una simple *neuralgia*, porque en nuestro enfermo el dolor de estómago va asociado al vómito de sangre, carácter que no presentan los demás procesos neurálgicos: quedan, por consiguiente, excluidas la *gastralgia*, *enteralgia*, *hepatalgia*, etc.

Tampoco podemos admitir una dispepsia, una gastritis catarral, esclerósica, ni atrófica, porque estos procesos no se acompañan de hematemesis. Por el contrario, la presencia de sangre en las materias expulsadas por los vómitos nos demuestra que aquí existe un proceso ulcerativo. Ahora bien: ¿á qué gastro ó enteropatías debemos referirlo?

No se trata de un *cáncer*. El solo hecho que podría hacernos suponer su existencia sería la avanzada edad del enfermo; pero no basta por sí sola, pues faltan los demás síntomas. En efecto, el dolor en el cáncer es continuo y sordo, y aquí está sujeto á exacerbaciones vivísimas que coinciden con la ingestión de los alimentos. En aquél es difuso, sujeto á irradiaciones: aquí está localizado en el hueco epigástrico; en aquél la regla es la hipoclorhidria: en este caso hay hiperclorhidria. Los caracteres microscópicos de los vómitos no son los propios de la hematemesis de origen canceroso, pues la sangre que ésta contiene acostumbra ser negra, parecida al poso del café, mientras que en este caso ha ofrecido un color rojo vivo.

Los datos obtenidos por la exploración del abdomen son también negativos para el cáncer. Si éste existiera, observaríamos quizá alguna prominencia, algún relieve en el punto de su implan-

tación; y en este caso las paredes abdominales aparecen aplanadas. La palpación quizá descubriría en aquél alguna masa indurada, algún tumor, y en nuestro enfermo hemos practicado dicha maniobra exploratoria de un modo superficial y profundo, sin encontrar ni masas neoplásicas ni núcleos de induración. El cáncer acostumbra acompañarse de adenitis supraclavicular, inguinal, etcétera; y aquí no se descubre ni un solo ganglio infartado. La presión sobre el epigastrio avivaría el dolor si se tratara de un cáncer del estómago; y nuestro enfermo comprime fuertemente dicha región para moderar sus sufrimientos. Ningún valor diagnóstico favorable al cáncer podemos conceder á la herencia. Su padre, dice el enfermo, murió después de copiosas hematemesis; pero no podemos por este solo hecho precisar cuál debió ser la gastropatía que ocasionó su muerte. El curso de la enfermedad no es el clásico del cáncer, pues habría ya algún síntoma de caquexia; y, si bien el enfermo ha enflaquecido extraordinariamente, en cambio faltan las demás manifestaciones que acostumbran constituir el síndrome caquético, y entre ellos los edemas; y, si bien es cierto que el enfermo también los ha ofrecido, coincidieron con disminución de la cantidad de la orina, desapareciendo cuando aquélla se normalizó, lo cual hace creer que fuesen debidos más bien á una simple oliguria que á una flebitis obliterante cancerosa.

Excluído el cáncer, debiendo igualmente excluir la gastritis varicosa, ya que no existe causa alguna abonada de éxtasis, sólo puede tratarse de una *úlcera redonda gástrica ó duodenal*, ó bien de la llamada *gastritis ulcerativa*.

La *úlcera duodenal* debemos igualmente excluirla. La localización del dolor sería distinta, pues correspondería al reborde costal, al nivel de la línea paraesternal derecha, y además existiría probablemente algún síntoma hepático, ictericia, etc., que en este caso falta. En cuanto á la *úlcera del estómago*, hay ciertamente algunos síntomas que podrían hacernos pensar en ella, como la localización del dolor, su intensidad, el que se exacerbe con la ingestión de los alimentos y se calme con dosis altas de bicarbonato sódico, y, además, el que aumente á beneficio de la presión limitada. Si á todo esto añadimos las hematemesis, realmente hay un síndrome parecido al de la úlcera redonda, pero no es el clásico con que aquélla acostumbra ofrecerse. En efecto, el dolor de la úlcera perforante es paroxístico, muy intenso, se irradia hacia la columna vertebral, mientras que en este caso está localizado en el epigastrio y es continuo. La cantidad de sangre contenida en

los vómitos es escasa, y si se tratara de una úlcera de Rokitansky sería más abundante ó se acompañaría de melenas. El hecho de que en los materiales expulsados por el vómito no haya más que estrías y puntos rojos, hace creer que más bien que una úlcera profunda existen en la mucosa gástrica pequeñas ulceraciones. Confirma esta manera de ver el que la compresión amplia sea capaz de mitigar el dolor, y el que éste no se exacerbe, sea cualquiera el decúbito que el enfermo guarde. Por consiguiente, el proceso que debemos admitir es la *gastritis crónica ulcerativa*.

**Etiología.**—Es bastante difícil el establecerla. Se ha hablado mucho de la influencia que en la producción de la úlcera podrían ejercer los traumatismos sobre la región epigástrica ó las acciones determinadas por ciertas profesiones (fogoneros, vidrieros, cocineros, etc.), las quemaduras, ciertas enfermedades, clorosis, tuberculosis, sífilis; la alimentación deficiente y abundante, el sexo, la edad, etc.; pero ninguna de ellas podemos invocar en este caso.

La teoría anatómica basada en desórdenes de la circulación tampoco puede darnos la explicación suficiente sobre el desarrollo de la enfermedad. No así la teoría química; pues, si admitimos que el contacto permanente de un jugo gástrico hiperácido puede dar lugar á la erosión de la mucosa y hasta á la ulceración, bastará tener en cuenta que el enfermo ha tenido una hiperclorhidria para atribuir á la misma la producción de la úlcera. Todavía resulta más clara la explicación si admitimos las doctrinas recientemente emitidas por los autores. Dicen que la asociación de la gastritis crónica con la hiperclorhidria constituye un factor poderoso en el desarrollo de la úlcera; aplicando estas ideas á nuestro caso, tendremos que el alcohol, que nuestro enfermo ingería diariamente en ayunas, pudo dar lugar á la gastritis crónica, y, más tarde, la hiperclorhidria que se desarrolló en el curso de aquella enfermedad debió ser la que originó las exulceraciones.

**Tratamiento.**—Tres son las indicaciones que debemos cumplir: combatir las causas que sostienen la úlcera, procurar su cicatrización y moderar los síntomas. Para cumplir la primera indicación están indicados los narcóticos y los alcalinos, desde el momento que admitimos que la hiperclorhidria es la que sostiene las ulceraciones; pero los alcalinos deben administrarse á dosis altas, pues las dosis pequeñas excitan la secreción del jugo gástrico, princi-

palmente el bicarbonato sódico, que es el más empleado (8 ó 10 gramos al día, según algunos autores; 20 á 30 gramos diarios según otros).

Para procurar la cicatrización de la úlcera es preciso dar á la viscera gástrica el máximum posible de reposo, y para ello asociaremos el reposo absoluto del enfermo en cama á la dieta láctea; administraremos la leche de cabra ó vaca á la dosis de 150 gramos cada tres horas, al objeto de hacer más fácil su digestión.

El subnitrito de bismuto ha sido, entre los fármacos, el más recomendado como cicatrizante de las úlceras gástricas, no en la esperanza de que obre de una manera directa, sino más bien para cubrir la superficie ulcerada con un medio protector.

Entre los síntomas, el que aquí debemos combatir preferentemente es el dolor. Ahora bien: con este objeto el uso de los alcalinos de que antes hemos hablado es perfectamente racional en este caso. Desde el momento en que existe hiperclorhidria, es lógico neutralizar el exceso de ácido clorhídrico que provoca el dolor, siendo por este motivo los alcalinos un precioso medio paliativo. Sin embargo, es indiscutible que, para cumplir aquella indicación, á la cabeza de todos los medicamentos figuran los narcóticos: el opio y sus preparados, polvo, extracto ú otra forma farmacológica cualquiera; las gotas negras inglesas, las gotas rojas de Lecointe, los alcaloides del opio, morfina, codeína; habiendo sido modernamente muy recomendada la narceína; los narcóticos periféricos, belladona, beleño, que puede combatir de una manera simultánea el dolor y el estreñimiento. También han sido preconizadas la cocaína, el extracto graso de cannabis indica, los preparados de bismuto á pequeñas dosis, etc. Empezaremos administrando las gotas rojas de Lecointe:

Agua melisa . . . . .	150 gramos
Gotas rojas de Lecointe . . . . .	1 gramo
Jarabe de cidra . . . . .	30 gramos

M.

**Observaciones clínicas.** — *Día 26 de Febrero.* — Siguen las crisis de dolor, cuya intensidad no ha disminuído á beneficio de la anterior medicación. Tiene estreñimiento, no habiendo evacuado desde cuatro días á esta parte. Dos son las indicaciones que debemos cumplir hoy: calmar el dolor y mover el vientre. Para lo pri-

mero administraremos los alcalinos asociados á los narcóticos; para lo segundo, un purgante salino en ayunas:

Codeína . . . . .	0.10 gramo
Bicarbonato sódico. . . . .	10 gramos
Sacaruro de anís. . . . .	4 »

M. y d. en 8 papeles.

Aparte:

Sulfato sódico. . . . .	} aa 4 gramos
Sulfato potásico . . . . .	
Cloruro sódico. . . . .	} aa 1 gramo
Bicarbonato sódico . . . . .	

Un papel en agua azucarada.

27 de Febrero.—La administración del purgante anterior ha sido seguida, á las pocas horas, de abundantes deposiciones de consistencia semilíquida.

28 de Febrero.—Con la codeína y bicarbonato anteriormente prescritos, logra calmar el dolor durante unas tres horas, después de las cuales vuelven las crisis dolorosas á reproducirse con igual intensidad. Sigue la misma fórmula, lo mismo que la dieta láctea. Ahora bien: ¿qué cantidad de leche debemos administrar? Si se tratara de una persona que gozara perfecta salud sería preciso tres ó cuatro litros diarios; pero como el enfermo está sometido al reposo en cama, bastan dos litros.

4 de Marzo.—Únicamente repiten las crisis dolorosas por la noche, no sufriendo durante el día más que ligeras molestias. No insistiremos en la dieta láctea absoluta, sino que permitiremos al enfermo que tome, además de la leche, pequeñas cantidades de carne, eligiendo la de gallina para que sea más fácil su digestión y aconsejándole que la mastique bien.

7 de Marzo.—Á beneficio de los purgantes salinos administrados en ayunas, fué vencido el estreñimiento, pero el dolor ha reaparecido, ofreciendo actualmente los siguientes caracteres. Experimenta de un modo continuo, durante todo el día, una sensación de ardor, y además dolores breves, rápidos, comparables á alfilerazos y repetidos en forma de crisis, separados por intervalos de cinco á quince minutos. Abarca el dolor una zona difusa que comprende toda la región epigástrica, siendo, sin embargo, más intenso desde el nivel de la línea axilar anterior izquierda hasta la

prolongación de la paraesternal del mismo lado. Al contrario de lo que antes sucedía, actualmente calma con la ingestión de los alimentos, pero vuelve á reproducirse á los treinta minutos unas veces, á las dos horas otras, después de las comidas. La compresión amplia alivia igualmente el dolor. Añadióse á la fórmula anterior la cocaína (0'01 gramo por dosis).

Codeína . . . . .	0'10 gramo
Bicarbonato sódico . . . . .	10 gramos
Clorhidrato de cocaína. . . . .	0'10 »
Sacaruro de anís. . . . .	4 gramos

D. en 8 papeles.

*9 de Marzo* — Las crisis de dolor han adquirido mayor intensidad; son de carácter lancinante y se acompañan de calambres de las paredes abdominales, las cuales ofrecen una gran resistencia á la palpación, especialmente al nivel del músculo recto. El medio más heroico que la Terapéutica posee para combatir el dolor, lo constituyen sin duda las inyecciones de morfina, y á ellas acudiremos en vista de la ineficacia de los medicamentos administrados por la vía gástrica.

Agua destilada. . . . .	20 gramos
Clorhidrato de morfina . . . . .	0'20 gramo

Dése una inyección hipodérmica, repitiéndola en caso de que la primera no bastara. Además prescribióse la siguiente poción:

Agua de toronjil . . . . .	150 gramos
Alcohol de anís. . . . .	1 gramo
Bicarbonato sódico . . . . .	3 gramos
Jarabe de cidra. . . . .	30 »

*11 de Marzo.* — Las inyecciones de morfina administradas al anochecer, calman el dolor durante la noche, permitiendo el sueño al enfermo; pero á la mañana siguiente vuelven á reaparecer, durando todo el día.

No han repetido los calambres de las paredes abdominales. Suspendiéronse las inyecciones, prescribiéndose la siguiente poción:

Agua de toronjil. . . . .	150 gramos
Tintura de opio. . . . .	1 gramo
Alcohol de melisa. . . . .	2 gramos
Jarabe de azahar. . . . .	30 »

*12 de Marzo.*—Ningún alivio proporciona al enfermo la poción anterior. Siguen los paroxismos dolorosos, acompañándose nuevamente de contractura de las paredes abdominales. Es preciso, pues, repetir las inyecciones de morfina.

*13 de Marzo.*—Á beneficio de las inyecciones, ha disminuído la intensidad del dolor, pero se irradia actualmente por una zona más extensa, comprendida desde el apéndice xifoides hasta la fosa iliaca izquierda. Ha tenido vómitos, sin que en las materias expulsadas sea posible descubrir la presencia de sangre. Tiene estreñimiento. Administróse la belladona al objeto de combatir el dolor y vencer el estreñimiento.

Polvo de belladona. . . . .	0'10 gramo
Bicarbonato de sosa. . . . .	8 gramos
Sacaruro de anís. . . . .	4 »

D. en 8 papeles.

*14 de Marzo.*—Sigue el dolor, como también el estreñimiento. Substituyóse la belladona por el beleño con objeto de cumplir las mismas indicaciones.

Solución gomosa. . . . .	200 gramos
Tintura de beleño. . . . .	1 gramo
Bicarbonato sódico . . . . .	3 gramos
Alcohol toronjil. . . . .	1 gramo
Jarabe de azahar. . . . .	30 gramos

*15 de Marzo.*—Ha aumentado nuevamente la intensidad de las crisis dolorosas, son de carácter pungitivo, y están localizadas en el epigastrio, acompañándose de vómitos y contractura de las paredes abdominales. Volveremos al uso de los preparados de opio, pues su acción sobre el dolor es más poderosa que la de los narcóticos periféricos.

Agua de toronjil. . . . .	150 gramos
Gotas negras inglesas . . . . .	10 gotas
Bicarbonato de sosa. . . . .	2 gramos
Jarabe de cidra. . . . .	30 »

Una cucharada cada dos horas.

Aparte.

Infusión de manzanilla. . . . .	1,000 gramos
---------------------------------	--------------

Para enemas, al objeto de combatir el estreñimiento.

16 de Marzo.—Ha desaparecido el dolor, sufriendo el enfermo actualmente una sensación de ardor, de calor urente al nivel del hueco epigástrico. La lengua está cubierta por una gruesa capa de saburra, tiene anorexia absoluta y náuseas, sin que haya logrado vomitar. Ha efectuado una deposición poco abundante. Administraremos los purgantes salinos al objeto de practicar un verdadero lavado del estómago, y asociaremos como correctivo el alcohol de menta para evitar su mal sabor.

Agua . . . . .	300 gramos
Sulfovinato sódico . . . . .	30 »
Bicarbonato sódico. . . . .	2 »
Alcohol de menta . . . . .	1 gramo
Jarabe de cidra. . . . .	30 gramos

Á jicaras en el intervalo de una hora.

17 de Marzo.—Á beneficio de la medicación anterior ha cesado la sensación de ardor. Administróse, puesto que el dolor era muy poco intenso, un narcótico periférico asociado á la magnesia y bicarbonato sódico.

Polvos de beleño. . . . .	0'10 gramo
Carbonato de magnesia. . . . .	2 gramos
Bicarbonato sódico . . . . .	aa. 4 »
Sacaruro de hinojo. . . . .	

Dése en 8 papeles.

18 de Marzo.—Sigue el dolor muy remiso, permitiendo el sueño durante la noche. Tiene náuseas. Ha verificado dos deposiciones de consistencia semilíquida. Se ha vencido, pues, también el estreñimiento. Sigue la misma fórmula.

20 de Marzo.—Á las 9 de la mañana parecía que el enfermo iba á obtener una larga tregua en sus sufrimientos; pero ha sido bien poco duradera. En efecto, nuevamente las crisis de dolor han reaparecido, siendo en la actualidad su violencia mayor que nunca. Basta estudiar el hábito exterior del enfermo para comprenderlo así. Desde las primeras horas de la mañana está agitado é inquieto. Al iniciarse la crisis comprime fuertemente su epigastrio con ambas manos. Pero lo más común es que durante el paroxismo doloroso guarde el enfermo una actitud especial. Cierra convulsivamente su boca, contrae con fuerza los músculos de su rostro, que se pone densamente pálido, mientras los labios adquieren un color rojo obscuro; dirige la cabeza hacia atrás, quedando saliente el

cuello; arquea su tronco formando una corvadura de concavidad posterior y apoyándolo en el occipucio y región glútea; extiende sus brazos aplicando los puños cerrados sobre el plano de la cama, y, de este modo, fija la mirada, suspendida la respiración, permanece algunos momentos rígido, inmóvil, hasta que cesa el paroxismo, y, fatigado, rendido, cae cual un cuerpo inerte sobre la cama. Le preguntamos por el carácter de su dolor y nos dice que su *vientre se desgarrá*. Inspeccionamos su abdomen y encontramos sus paredes tensas, contracturadas, dibujándose perfectamente los contornos musculares, especialmente los de los rectos.

Es preciso insistir en las inyecciones de morfina para calmar el dolor.

Á las diez y media exploramos nuevamente el estómago, percibiendo ruido de *gluc gluc* á la subcusión. Los dolores son más tolerables. El enfermo ha podido ingerir pequeñas cantidades de leche. Pide el lavado gástrico como medio salvador.

21 de Marzo.—Se ha practicado el lavado gástrico al objeto de evitar las fermentaciones anormales á que pudiera dar lugar la retención de materiales en la víscera gástrica. Sin embargo, ningún alivio ha proporcionado al enfermo, y sigue también hoy sufriendo intensos dolores; pero la actitud que guarda es bien distinta de la de ayer. Hoy no sabe á qué comparar su dolor: únicamente afirma que es intolerable. Su semblante está demudado, su decúbito es el lateral izquierdo. Flexionada la cabeza sobre el tronco, en semiflexión los muslos sobre la pelvis y extendidas las piernas, de este modo evita el contacto de las sábanas sobre las paredes abdominales.

Nos fué imposible practicar la palpación del epigastrio por la resistencia opuesta por el enfermo, temeroso de que con dicha maniobra se exacerbara su dolor. Está ligeramente aumentada la frecuencia del pulso, lo mismo que la temperatura. Inteligencia perfectamente lúcida.

## PERFORACIÓN DEL ESTÓMAGO

¿Qué ha ocurrido aquí? ¿Se ha perforado el estómago? La intensidad del dolor que el enfermo acusa, la sensibilidad vivísima de su abdomen ante la más ligera presión, podría inducirnos á admitir tal complicación; pero no se ofrece en este caso el síndrome

característico de la peritonitis por perforación: habría meteorismo, vómitos, hipotermia, pulso muy frecuente, etc. ¿Es que existe en el trayecto intestinal algún obstáculo mecánico que obliga á los intestinos á contraerse fuertemente para vencerle? No podemos aceptar esta suposición, ya que el enfermo ha evacuado abundantemente.

Lo más lógico es suponer que se trata de crisis de *gastroenteralgia*, y, por consiguiente, la indicación que importa cumplir principalmente es calmar el dolor á beneficio de repetidas inyecciones hipodérmicas de morfina.

22 de Marzo.—Ligera hipotermia. Ha disminuído la fuerza del pulso y aumentado su frecuencia. El enfermo está muy deprimido. Prescribióse una poción estimulante.

Solución gomosa. . . . .	200 gramos
Bicarbonato de sosa. . . . .	10 »
Licor amoniacal anisado. . . . .	4 »
Jarabe de cidra . . . . .	30 »

23 de Marzo.—Hipotermia, pulso frecuente y débil. Estreñimiento. Hay que levantar sus energías cardíacas, para lo cual fueron prescritas las inyecciones de cafeína.

Cafeína . . . . .	3 gramos
Benzoato sódico . . . . .	3 »
Agua destilada. . . . .	14 »

Para inyecciones: adminístrense dos *statim*.

Aparte:

Agua . . . . .	1,000 gramos
Cloruro sódico . . . . .	10 »

Para enemas de 200 gramos.

24 de Marzo.—Sensación de ardor difusa por todo el abdomen, seguida unas veces de hipo, otras de mericismo y algunas de vómitos. Abdomen abultado en totalidad y timpánico. Respiración superficial, pulso filiforme y frecuente (120 pulsaciones por minuto). Hipotermia.

Á las diez de la noche falleció.

**Autopsia.**—Ligera dilatación del estómago. Encontróse una ulceración en el piloro y una perforación de dos milímetros de diámetro, de bordes perfectamente limpios, en la cara superior de la pequeña corvadura.

J. SOLÉ y FORN.



## Erisipela

Santiago S..., de 50 años de edad.

**Anamnesis.**—Padeció á la edad de 47 años una extensa ulceración en el ala derecha de la nariz. Era indolente, daba fácilmente sangre al contacto del estilete, y curó á beneficio de escarificaciones, quedando únicamente, como vestigios de la misma, alguna rubicundez y ulceritas de poco diámetro, pero sumamente rebeldes al tratamiento.

**Enfermedad actual.**—Empezó hace nueve días sintiendo el enfermo poca aptitud para el trabajo, malestar general y cefalalgia. Á los dos días tuvo un violento escalofrío, único, pero duradero y seguido de elevación térmica, cefalalgia, polidipsia, encendimiento de orinas y quebrantamiento general.

Bien pronto (sin que precise el tiempo transcurrido) notó el enfermo que una zona perfectamente limitada de su mejilla derecha se ponía tumefacta, rubicunda y dolorosa, tanto espontáneamente como á la presión. Al segundo día la rubicundez invadió la parte derecha y dorso de la nariz, y al tercero toda la mejilla izquierda, ingresando entonces el enfermo en la Clínica, ocupando la cama n.º 8.

**Estado actual.**—La mejilla izquierda, casi en totalidad ofrece un color rojo vivo, lo mismo que el dorso de la nariz, mientras que la derecha empieza á palidecer, desprendiéndose de ella algunas escamillas. Además dichas zonas ofrecen un aspecto brillante, su piel es tensa, y están perfectamente limitadas las partes sanas, de las enfermas, por un verdadero relieve perfectamente apreciable por medio de la palpación. Vense algunas flictenas en el dorso de la nariz y mejilla izquierda. La presión resulta dolorosa y hace desaparecer momentáneamente la rubicundez.

Acusa el enfermo cefalalgia difundida por todo el cráneo y sensación de dolor de carácter tensivo en la región afecta. Está abolido el sentido del olfato y hay dificultad de respirar mientras está la boca cerrada.

Tos seca, percibiéndose, por medio de la auscultación, algunos estertores de medianas burbujas, sumamente discretos, pero más frecuentes durante la inspiración y diseminados por todo el pecho.

La lengua presenta una capa de saburra central, con los bordes y la punta rojos.

Tiene mal sabor, náuseas y estreñimiento. La orina está disminuida en cantidad y de coloración subida. Temperatura 39'5°.

**Diagnóstico.**—Existe un proceso antiguo cuyo diagnóstico puede tener bastante valor. Nos referimos á la ulceración nasal. Indudablemente debió tratarse de un *lupus*, como lo demuestra su indolencia, el ser fácilmente hemorrágico y el hecho de que hubiera debido apelarse á las escarificaciones para curarlo; éxito que por otra parte no se habría alcanzado si la úlcera hubiese sido cancerosa ó leprosa.

En cuanto á la enfermedad actual, tampoco es difícil determinarla. Su rápido desarrollo, la marcha invasora efectuándose la propagación por continuidad, los caracteres de la tumefacción, aspecto brillante de la piel, el color rojo vivo que desaparece á la presión, el estar separadas las zonas enfermas de las sanas por límites bien determinados, la fiebre, etc.; todo esto constituye un conjunto sindrómico por demás característico.

Trátase, pues, de una *erisipela de forma ambulante ó migratoria*, en período de estado en la mejilla izquierda y nariz, y de declinación en la derecha.

**Diagnóstico diferencial.**—No puede tratarse de un *eritema*, porque en éste el color no es tan subido, ni tan brillante, ni ofrece

la separación de los límites tan marcada entre las partes sanas y las enfermas, ni la marcha es tan rápidamente invasora ni la pirexia tan viva.

En la *linfangitis* la coloración no es tan subida, sigue el trayecto de los vasos linfáticos, y no existe el relieve que separa las partes sanas de las enfermas.

Por lo que se refiere á la identidad establecida por algunos autores entre la angioleucitis y la erisipela, no podemos admitirla, al menos bajo el punto de vista anatomopatológico; pues aquélla ataca únicamente los vasos linfáticos, mientras que ésta radica en todo el dermis; y, por consiguiente, si la primera merece el nombre de linfangitis, la segunda constituye una verdadera dermitis.

En el *flemón subcutáneo*, tanto circunscrito como difuso, no hay la brillantez de la piel ni la rubicundez tan viva: por el contrario, el color rojo primero, pasa bien pronto á lívido; tampoco la marcha es progresiva, como en la erisipela; y, finalmente, á esta fecha apreciaríamos la fluctuación.

**Etiología.**—Sabemos hoy que la erisipela es contagiosa y que el agente responsable de la misma es el streptococcus de Fehleisen. La solución de continuidad que dicho agente microbiano necesita para ingresar en el organismo, existe aquí bien evidente, representada por las pequeñas úlceras que el enfermo tenía en la nariz como vestigios de su antiguo lupus.

En cuanto á la existencia de los flictenas, es fácilmente exploable si se atiende á que la cantidad del exudado inflamatorio es muy grande, por cuyo motivo, acumulándose debajo de la epidermis, lo levanta, dando lugar á la formación de dichas ampollas.

**Pronóstico.**—Á pesar del curso cíclico generalmente favorable que suele ofrecer la erisipela; sin embargo, su localización podría dar lugar á una complicación especial que agravaría seriamente el pronóstico: tal es la posible propagación de la enfermedad, sea por las venas emisarias de Santorini ó por los vasos linfáticos, hacia las meninges cerebrales, dando lugar á la llamada *leptomeningitis erisipelatosa*.

Otras complicaciones son posibles, tales, por ejemplo, la formación de flemones debida á la asociación de los microorganismos patógenos, etc.

**Terapéutica.**—El curso generalmente favorable de la erisipela

no nos autoriza para seguir un método expectante, sobre todo teniendo en cuenta la posibilidad de graves complicaciones.

Dos son las indicaciones que importa cumplir: una de carácter general y otra de carácter local. Con la primera nos proponemos combatir el catarro gástrico al objeto de reducir los focos de infección. En cuanto á la segunda, la cumpliremos preferentemente con el empleo de los tópicos antisépticos, teniendo en cuenta que se trata de un proceso local de naturaleza parasitaria.

Son muy variados los tópicos empleados en el tratamiento de dicha enfermedad, y diversas también las maneras de emplearlos (pomadas, lociones, embrocaciones, pulverizaciones, inyecciones, etcétera).

Así se han empleado las embrocaciones de colodion elástico fenicado, sublimado, yodofórmico, ictiolado y silicato de potasa, con el fin de cubrir el tegumento de una capa que prive á los streptococcus del oxígeno indispensable á su vida; las pomadas antisépticas con resorcina, ictiol y preparados mercuriales; las lociones y pulverizaciones con ácido fénico, sublimado corrosivo, etc.; compresas empapadas con salicilato sódico al 10 por 100; la tintura de yodo, la creolina, el nitrato de plata, la traumaticina, las inyecciones de sublimado corrosivo, etc.

En nuestro enfermo emplearemos los purgantes, eligiendo entre ellos al calomel, al objeto de combatir el catarro gástrico, y á continuación administraremos la resorcina para mantener la anti sepsis del tubo digestivo. Como tratamiento local, lociones antisépticas.

Calomelanos al vapor . . . . .	0'80 gramo
Azúcar . . . . .	3 gramos

D. en papeles núm. 4, uno cada 2 horas, administrándose, dos horas después de haber tomado el último papel, la siguiente posición:

Agua de toronjil . . . . .	150 gramos
Resorcina . . . . .	1 »
Jarabe de cidra . . . . .	30 »

Si la fiebre fuere muy alta la combatiríamos á beneficio de los antipiréticos, quinina, antipirina, etc.

Como tratamiento local, lociones de ácido fénico, é inmediatamente después de las mismas aplíquese algodón hidrófilo empapado en una solución de timol.

Agua . . . . .	300 gramos
Ácido fénico . . . . .	3 »

## Aparte

Agua . . . . .	1000 gramos
Timol. . . . .	1 »
Glicerina . . . . .	50 »
Alcohol. . . . .	25 »

**Observaciones clínicas.**— 27 de Noviembre.—La tumefacción ha invadido los párpados, los cuales aparecen sumamente abultados, siendo difícil al enfermo el abrir los ojos. También se ha propagado á la región suprahióidea media y á las laterales, tanto izquierda como derecha. Ha verificado dos deposiciones de consistencia semisólida, olor fétido y cantidad considerable. El tercio anterior de la lengua se ha limpiado, pero sigue la base cubierta por una capa de saburra. No tiene mal sabor. La temperatura es normal.

Está soporoso; guarda constantemente el decúbito supino, cerrados casi siempre los ojos é indiferente á cuanto le rodea. Es preciso, por consiguiente, administrar medicamentos estimulantes al objeto de excitar los centros nerviosos cerebrales. Con este objeto se prescribió la fórmula siguiente:

Infusión de salvia . . . . .	200 gramos
Espíritu de Minderero. . . . .	3 »
Tintura de paulinia . . . . .	2 »
Jarabe de cidra . . . . .	30 »

Además, es preciso insistir en el uso de los antisépticos intestinales; pero no emplearemos ya los que á la par tengan alguna acción antipirética, cual la resorcina, puesto que la temperatura es normal. Mejor indicado está, en este momento, el benzonaftol.

Benzonaftol . . . . .	} 2 gramos
Bicarbonato sódico . . . . .	

Divídase en sellos núm. 8 para administrar uno en cada alimento.

29 de Noviembre.—Ha disminuído la tumefacción de los párpados, pudiendo el enfermo abrir los ojos con facilidad. Hay desprendimiento de pequeñas escamas en la mejilla izquierda. En cuanto al color, es casi normal en la mejilla derecha, y más pálido en la

del lado opuesto. Sigue la rubicundez en la nariz y la tumefacción en la región suprahióidea. El sopor es muy ligero, respondiendo el enfermo con facilidad á las preguntas que se le dirigen. Las funciones digestivas se han regularizado y la temperatura sigue normal.

*5 de Diciembre.*—El proceso erisipelatoso está localizado en la región suprahióidea, que sigue tumefacta.

Continúa la rubicundez de la parte inferior de la nariz, más bien seguramente como vestigio del antiguo lupus que no de la erisipela actual.

Importa, por consiguiente, tratemos de combatir aquella enfermedad. ¿De qué medios podemos valernos? La tuberculina, tan preconizada por muchos autores en el tratamiento del lupus, si bien es cierto que le modifica favorablemente, no basta por sí sola para curar dicha enfermedad. Las escarificaciones tampoco están indicadas en este momento: preferiremos emplear como medio tóxico un antiséptico cual la resorcina, y, como tratamiento interno, el uso de los yoduros.

Agua de melisa . . . . .	150 gramos
Yoduro potásico. . . . .	2 »
Jarabe cidra . . . . .	30 »

Aparte.

Glicerolado de almidón . . . . .	25 gramos
Resorcina . . . . .	1 gramo

*6 de Diciembre.*—Ha aumentado la fuerza del pulso. La fisonomía del enfermo ofrece una expresión animada, no revelando ya sopor.

Continúa tumefacta la región suprahióidea. Siguen las fórmulas anteriormente prescritas.

*7 de Diciembre.*—La deglución es dolorosa, y la exploración de la cavidad bucal descubre rubicundez y tumefacción ligera, pero difusa por todo el istmo de las fauces. Hay una pequeña úlcera de fondo excavado en la parte media de la cara anterior del pilar izquierdo. Prescribiéronse enjuagues con ácido bórico y

Pastillas de cocaína n.º 6.

Una cada 2 horas.

La lengua es nuevamente saburral y tiene estreñimiento.

Agua . . . . .	300 gramos
Bitartrato de potasa. . . . .	25 »
Jarabe de cidra . . . . .	30 »

Una jicara cada 2 horas.

*9 de Diciembre.*—Deglute fácilmente las sustancias líquidas. Acusa un ligero dolor, que se irradia hacia el oído izquierdo durante la deglución de las sustancias sólidas. En la parte media de la región suprahióidea lateral derecha hay un ganglio submaxilar infartado. Es doloroso tanto espontáneamente como á la presión, dificulta los movimientos de la cabeza, y es posible todavía movilizarle en todos sentidos por medio de la palpación. Temperatura, 37'5 grados. Aplíquese la pomada de ictiol al 10 por 100.

Vaselina. . . . .	30 gramos
Ictiol . . . . .	3 »

*11 de Diciembre.*—El ganglio, aumentado de volumen, ha perdido su movilidad; tiene el tamaño de una nuez y es claramente fluctuante. Existe, pues, supuración, siendo preciso dar salida al pus á beneficio de una amplia dilatación seguida de un tratamiento antiséptico. Sigue la poción con yoduro.

*13 de Diciembre.*—El análisis de la orina descubre vestigios de albúmina. Es preciso substituir el yoduro de potasio por el de estroncio, á fin de que, al eliminarse dicho medicamento por la orina, no irrite el riñón.

Infusión de salvia . . . . .	200 gramos
Yoduro de estroncio . . . . .	1'50 gramo
Tintura paulinia. . . . .	2 gramos
Jarabe de cidra . . . . .	30 »

*16 de Diciembre.*—Lo mismo la erisipela que la angina catarral y la adenitis supurada, han terminado por resolución.

J. SOLÉ Y FORN.



