



## Pleuresía "a frigore" (?)

Teresina F..., de 39 años de edad, natural de Lérida, casada, entró el día 6 de Octubre en la Clínica Médica, procedente de la Clínica de Ginecología, ocupando la cama núm. 13.

**Anamnesia.**—Antecedentes de familia completamente nulos. Hija única de padres completamente sanos, había disfrutado siempre de buena salud; hasta que hace tres años empezó á notar un gradual abultamiento de vientre, desarrollándose en él, en definitiva, una peritonitis tuberculosa, por la que sufrió una operación quirúrgica en el mismo hospital hará unos cinco meses, y, ya muy mejorada y en plena convalecencia, fué atacada súbitamente de la enfermedad actual.

Comenzó ésta con fuertes escalofríos, seguidos de fiebre intensa, con dolor pungitivo en el costado izquierdo, disnea y decúbito del lado opuesto. Tos escasa y sin expectoración, pero que hacía aumentar el dolor á cada sacudida, obligando á comprimirse fuertemente el lado izquierdo, con lo cual disminuía, aunque ligeramente. Todo esto acompañado de cefalalgia, malestar general, sed viva, anorexia, orina escasa y demás síntomas comunes á la mayoría de las pirexias.

**Estado actual.**—En vista de tales antecedentes procedió comenzar la exploración por el aparato respiratorio. Quejábase aún la enferma del dolor de costado, aunque no tan vivo como en días anteriores. Este dolor estaba localizado en el sexto espacio intercostal, en la línea axilar izquierda; era continuo, con remisiones y exacerbaciones; aumentaba apretando la parte con la punta del dedo, pero disminuía si se hacía la presión con la mano plana; aumentaba también á favor de la inspiración y la tos. Ésta era escasa y sin expectoración. El decúbito lo guardaba la enferma del lado opuesto á la lesión al principio, pero después fué inclinándose al supino.

Á la inspección visceral, el tórax, ofrecíase dilatado y casi inmóvil en el semiperímetro izquierdo, quedando poco menos que borrados los espacios intercostales.

Á la palpación, notábanse abolidas por completo las vibraciones torácicas en todo el semiperímetro izquierdo, siendo sólo algo perceptibles hacia el vértice.

Á la percusión, ofrecíase un sonido macizo, extendido por casi todo el semiperímetro izquierdo, con timpanismo exagerado en la región subclavicular (ruido skódico). Desaparecido el espacio semilunar de Traube, confundiéndose completamente la zona pleuropulmonar con la cardíaca.

Mediante la auscultación, no se lograba en el indicado lado percibir en las partes bajas el murmullo vesicular, fenómeno que se ofrecía de un modo mucho más marcado en el plano anterior que en el posterior.

La auscultación al nivel de la punta de la escápula izquierda, permitía percibir la egofonia; pero en cambio no pudo apreciarse la pectoriloquia afónica.

La punta del corazón latía al nivel del apéndice xifoides, hallándose dicha viscera, por tanto, manifiestamente dislocada hacia la derecha.

La zona pleximétrica cardíaca continuaba sin intersección con la pleuropulmonar izquierda y la hepática.

La auscultación cardíaca no revela nada anómalo, excepción hecha de cierta propagación de los ruidos cardíacos.

El pulso pequeño, pero duro y frecuente (90 pulsaciones por minuto). Temperatura 38'6. Lengua ligeramente saburral, mal sabor de boca, sin sed ni molestia en ninguna región del vientre. Digestiones y deposiciones normales. Orina escasa, piel seca y ligera cefalalgia con cierto malestar general.

**Diagnóstico.**—No procedía otro que el de *pleuresía aguda exudativa*. En efecto, la manera de comenzar, con escalofríos y dolor intenso de costado localizado en un punto determinado, que aumentaba con la presión hecha con el dedo, pero que con la mano plana aun disminuía, hacen pensar desde luego en un proceso flogístico de la pleura, alejando la idea de una pneumonía, pues en ésta el dolor es gravativo y menos intenso, y, además, va precedido de ordinario de un frío fuerte, intenso, con castañeteo de dientes, pero único. El decúbito y los datos que la exploración arroja acaban de confirmar el diagnóstico; el abombamiento del semitórax izquierdo, la inmovilidad, la macidez á la percusión y el no percibirse el murmullo vesicular, demuestran que hay una zona impracticable al aire. Pero ¿es que el pulmón está constituido á manera de bloc ó masa dura, ó es que la cavidad pleural está llena de líquido? Esto último es lo que está en relación con los resultados de la exploración. En efecto, la abolición de las vibraciones torácicas demuestra que el medio es líquido, y aunque hay broncofonía, que podría hacer pensar en una condensación de la masa pulmonar, la extensión notable que abarca la zona mate hace pensar en la imposibilidad de que aquello sea masa pulmonar, ya que casi nunca el bloc formado es ni con mucho tan extenso. Ello, unido á la existencia del ruido skódico, desaparición del espacio semilunar de Traube y la dislocación del corazón, vienen á corroborar que se trata de una pleuresía con abundante derrame, tanto que produce la dislocación del corazón, haciendo que su punta lata al nivel del apéndice xifoides.

Cabe ahora preguntar: ¿De qué naturaleza es el derrame? ¿Es seroso, es sanguíneo, es purulento? Difícil sería asegurarlo sin la punción exploradora. No obstante, casi podemos asegurar que no es hemorrágico, por no concurrir en la enferma ninguna de las condiciones que acompañan al hemotórax; y tampoco es probable que sea purulento por el curso del mal y por los caracteres de la fiebre. De todas maneras, para alejar toda duda, se practicó la punción y acusó la presencia de un derrame seroso de color amarillento y semitransparente.

**Etiología y patogenia.**—Como las tendencias modernas conducen á considerar como tuberculosas en su fondo muchas pleuresías que antes se consideraban hijas de una simple acción *a frigore*, ¿qué más natural que pensar en que se ha tratado aquí de una pleuresía de naturaleza tuberculosa, ya que el proceso mor-

boso de la serosa peritoneal era igualmente de naturaleza bacilar? Á pesar de todo, por la evolución rápida del proceso y por la falta de otros signos de afecto pulmonar, nos inclinamos por de pronto á no admitir infección tuberculosa de la pleura.

Se trata, pues, sin duda alguna, de una pleuresía de otra naturaleza, sobrevenida en la sala de Ginecología, en donde se encontraba, y debido, como causa determinante, á una influencia *a frigore*, muy explicable por las condiciones de nuestro nosocomio.

Practicado el análisis bacterioscópico del líquido extraído, mediante la punción demostróse lo que la clínica había predicho ya, adelantándose por tanto á las conclusiones de la bacteriología. Encontróse en dicho líquido, así como en los cultivos con él practicados, que no había el bacilo tuberculoso, descubriéndose la existencia de un bacilo de forma ovóidea, de unas 2 micras de longitud y ofreciendo caracteres físicos muy parecidos al bacilo tifoso. Las inyecciones practicadas en conejos dieron por resultado su muerte al día siguiente, ofreciendo como dato más culminante de autopsia la existencia de una cantidad notable de exudado seroso en las cavidades pleurales y pericardiaca.

**Pronóstico.**—Hubo de hacerse reservado por la cantidad del derrame, por ser la pleuresía izquierda y por las condiciones poco resistentes de la enferma. Á pesar de todo, por el presente no se descubrió ningún hecho que hiciera recelar una mala terminación.

**Tratamiento.**—Tenemos en la cavidad pleural izquierda una cantidad considerable de líquido que produce intensa disnea y desvía el corazón. Lo primero que ocurre es evacuar el derrame. Sin embargo, teniendo en cuenta que la enferma todavía está febril y que el proceso flogístico se encuentra aún en plena actividad, aunque se extraiga el líquido, no tardará en reproducirse, rellenando otra vez el saco pleural. Á no ser, pues, que sobrevenga algún accidente mecánico que obligue á practicar rápidamente la punción, no la realizaremos hasta que hayan cesado los síntomas de agudez, para no exponernos á lo indicado.

Las indicaciones que hay que cumplir son principalmente dos: tonificar el corazón, que decae en sus energías, y aumentar la diuresis. Cumpliremos las dos medicaciones empleando la digital, á la cual uniremos algún coadyuvante. Recétese la siguiente poción:

D. Polvos hojas digital. . . . . 0.50 gramo  
 Agua hirviendo . . . . . 200 gramos

H. una infusión y añádase:

Citrato de cafeína . . . . .	1 gramo
Benzato sódico . . . . .	2 gramos
Jarabe de azahar. . . . .	30 »

M. s. a. y dése media jícara cada hora.

Como alimentación, caldo y leche en abundancia, para coope-  
rar también á la expoliación urinaria. De esta manera veremos si  
se reabsorbe el exudado (lo cual es muy difícil), y, no reabsor-  
biéndose una vez pasados los síntomas de agudez, hacer la tora-  
centesis.

**Observaciones clínicas.**—8 de Octubre.—Hace dos días que la  
enferma toma la poción anterior; pero, como se queja de fuertes  
dolores de estómago, sin duda debidos á la digital, se suspendió,  
modificando la fórmula en este sentido:

D. Agua melisa . . . . .	150 gramos
Citrato de cafeína . . . . .	1 gramo
Benzoato sódico . . . . .	2 gramos
Jarabe de cidra . . . . .	30 »

M. s. a. y dése media jícara cada cuatro horas, alternando con  
una jícara de esta otra poción:

D. Cocimiento estigmas maíz . . . . .	300 gramos
Acetato potásico. . . . .	3 »
Jarabe puntas de espárrago. . . . .	30 »

La orina, con la medicación indicada, aumentó algo; pero con-  
tinuó el derrame en las mismas condiciones.

14 de Octubre —Ha cesado la fiebre (37°2). Ha disminuído algo  
la disnea; pero, como el derrame no desciende de su nivel, ha lle-  
gado la indicación de la toracentesis. Practicóse ésta por la tarde  
de dicho día por el Dr. Ribas, extrayendo un litro y medio de  
líquido, con los caracteres indicados ya por la punción explora-  
dora. Una vez extraído el líquido, le sobrevino á la enferma una  
disnea tan intensa que obligó á practicarle en seguida inyecciones  
de morfina y éter, mediante las cuales fué calmándose hasta des-  
aparecer casi por completo. Reconocido el modo cómo quedó el  
semiperimetro pleural izquierdo, vióse que en la parte baja había  
aún macidez y abolición de las vibraciones, lo que demostraba la

existencia de una ligera cantidad de derrame; y, al objeto de que se reabsorbiera, una vez que los diuréticos no dieron gran resultado, nos decidimos por los diaforéticos.

17 de Octubre.—¿Qué diaforético escogeremos? El de más acción es el *jaborandi*, y aun, como es natural, le supera la *pilocarpina*, sin desconocer que debe usarse con gran cautela por los efectos sedantes cardíacos que en alguna ocasión determina, tanto más cuanto en el presente caso el corazón está dislocado. De todos modos, se dió una inyección hipodérmica (1 centigr.), usando esta fórmula:

D. Agua hervida . . . . .	10 gramos
Clorhidrato de pilocarpina . . . . .	10 centigramos

18 de Octubre.—La pilocarpina ha producido sus efectos fisiológicos, y para continuar la diaforesis se empleó esta poción:

D. Infusión de jaborandi . . . . .	200 gramos
Espíritu de Minderero. . . . .	4 »
Tintura nuez de kola . . . . .	2 »
Jarabe naranjas amargas. . . . .	30 »

M. s. a. y dése una cucharada cada hora.

20 de Octubre.—Conviene que vaya siguiendo la transpiración cutánea; pero, por miedo á la sedación cardíaca, se cambio la medicación dándosele

D. Infusión de violetas. . . . .	150 gramos
Acetato amónico. . . . .	3 »
Jarabe de violetas . . . . .	30 »

M. s. a. y dése á cucharadas.

25 de Octubre.—Cambióse la vía de expoliación, ensayando de nuevo los diuréticos.

D. Cocimiento estigmas de maíz . . . . .	200 gramos
Yoduro sódico. . . . .	2 »
Jarabe puntas de espárrago. . . . .	30 »

M. s. a. y tómesese á cucharadas.

9 de Noviembre.—La cantidad de líquido de la pleura aun existe, aunque no en gran cantidad; mas, como ni con sudoríficos ni con diuréticos desaparece, nos hemos de decidir por una segunda punción, que se practicó por el Dr. Ribas el día siguiente, mediante la cual se extrajeron unos 50 gramos de líquido.

A la percusión notábase aún, después de la punción, el sonido algo velado en la base del pulmón izquierdo y zona posterior; mas esto debe atribuirse mejor á la coexistencia de falsas membranas que se van retrayendo, pues, á la auscultación, nótase algo de frote á la inspiración.

Conviene ahora vencer la inapetencia y tonificar algo á la enferma.

D. Vino genciana. . . . . 300 gramos  
Fosfato sódico. . . . . 40 »

M. s. a. y dése una cucharada grande después de cada comida.

21 de Noviembre.—Quejóse de estreñimiento de vientre. La lengua está algo saburral, ofreciendo además los caracteres de una dispepsia simple, por lo que es necesario estimular algo el estómago.

D. Tintura áloes compuesta. . . . }  
» de angostura . . . . } a. 2 gramos  
» de ruibarbo . . . . }

6 gotas antes de las tres comidas con un poco de agua, y después de las comidas el vino.

1.º de Diciembre.—Tiene una ligera tos con algo de submaci-  
cez, y frote en el plano posterior izquierdo. Queda, por tanto, este pulmón en muy malas condiciones y en gran aptitud para tubercularizarse, por lo que á prevención podemos comenzar á administrar algún antiséptico pulmonar y algún tónico. Diósele

D. Gránulos de ácido arsenioso de 1 miligramo  
número 3, para tomar al día.

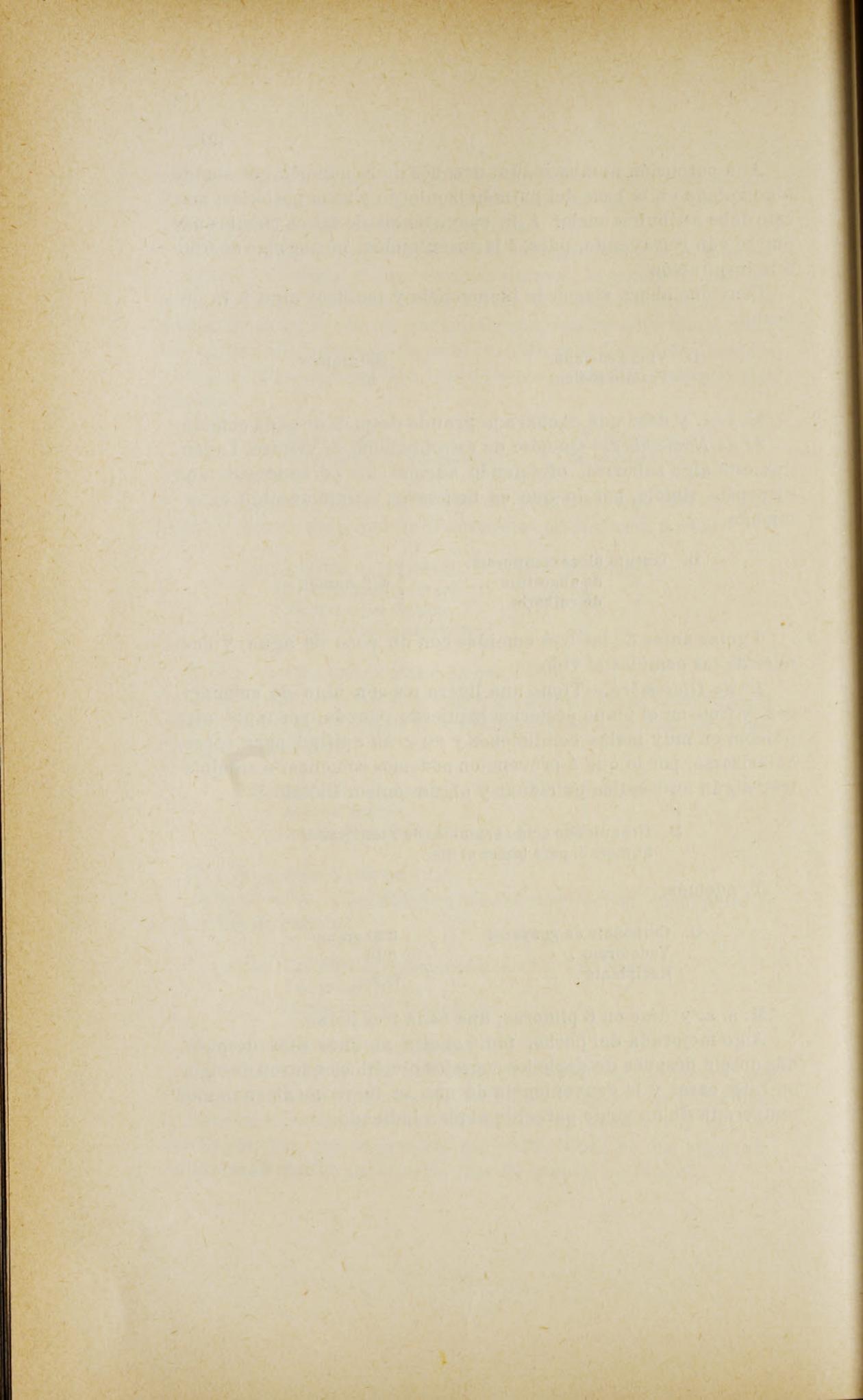
Y, además,

D. Carbonato de guayacol . . . . . 0'30 gramo  
Yodoformo . . . . . 0'10 »  
Excipiente . . . . . c. s.

M. s. a. y dése en 8 píldoras, una cada tres horas.

Algo mejorada del pecho, pidió el alta algunos días después, dándosela después de darle los consejos dietéticos que son de rigor en tales casos y la conveniencia de que se fuera medicando una temporada de un modo parecido al plan indicado.

JUAN SANS.





## Diabetes sacarina

Antonia F..., de 57 años de edad, natural de Biosca (provincia de Lérida). Dedicábase á los trabajos del campo. Predominaban en su alimentación las substancias vegetales, sobre todo feculentos. Ha sufrido violentas impresiones morales.

No señala ningún antecedente hereditario.

**Anamnesis morbosa.**—Había gozado de perfecta salud hasta la edad de 50 años. Sufrió en aquella época un revés de fortuna y desde entonces perdió el apetito; luego tuvo vómitos y por fin ictericia; manifestaciones morbosas que desaparecieron al cabo de poco tiempo, dejando, sin embargo, á la enferma, menos resistente y menos apta para el trabajo. Á los 51 años tuvo ptialismo y renació el apetito, aumentando gradualmente hasta el extremo de tener á los pocos meses una verdadera polifagia. Desde aquella fecha ingería la enferma grandes cantidades de alimentos, que eran perfectamente digeridos, y sin embargo iba enflaqueciendo de una manera lenta y gradual, mientras sus músculos se ponían flácidos y las fuerzas le iban faltando.

Á los 52 años, á los anteriores síntomas se añadió la polidipsia, una sed insaciable que la obligaba á ingerir enormes cantidades de líquido. Tenía la boca seca, las encías se hincharon, y en el intervalo de un año se desprendieron íntegramente cuatro dientes.

Además la enferma tenía poliuria, las micciones eran muy frecuentes, más de noche que de día; la cantidad de orina expelida era de 5 á 6 litros diarios.

Estos síntomas han persistido hasta el momento de ingresar la enferma en la Clínica; pero desde hace seis meses ofrece, además, prurito vulvar, disminución de la potencia visual y profunda melancolía.

**Estado actual.**—Rostro atezado. Los surcos de la cara están muy pronunciados. La piel es seca, flácida y permite fácilmente la formación de pliegues. En el dorso de la mano derecha hay una cicatriz blanca de poco tamaño, vestigios de un antiguo forúnculo. Guarda cualquier decúbito.

**Aparato digestivo.**—Lengua denudada, roja en la punta, mal sabor y gingivitis con flojedad de la mucosa. Faltan dos dientes en la mandíbula superior y otros dos en la inferior. Tiene polifagia. La sed no es tan exagerada. Conserva la boca seca y tiene ptialismo.—No hay dificultad en las digestiones; depone diariamente. El abdomen está aplanado; sus paredes no ofrecen resistencia á la palpación. Los músculos abdominales flácidos. No se comprueba ni h pato, ni esplenomegalia.

**Aparato respiratorio y circulatorio.**—Los músculos pectorales son flácidos y de escaso desarrollo. Murmullo vesicular apagado. Tonos cardíacos débiles. Pulsos bajos. La orina es abundante (5 á 6 litros diarios). Es densa, de color pajizo y con su peso específico aumentado. Contiene una gran proporción de azúcar.

Continúa el prurito vulvar. La potencia visual está disminuida. Temperatura normal, más bien ligeramente disminuida.

**Diagnóstico.**—La polidipsia, la poliuria, la presencia de azúcar en la orina, las alteraciones de la boca (gingivitis, desprendimiento de dientes), el prurito vulvar, la disminución de la potencia visual, el enflaquecimiento progresivo, etc., constituyen un cuadro morboso que debemos referir   la *diabetes sacarina*.

**Diagnóstico diferencial.**—La presencia de azúcar en la orina nos obliga á rechazar la *diabetes insípida*, como también la *nefritis intersticial crónica*, á pesar de que ambos procesos se acompañen de poliuria. La *glucosuria fisiológica* se distingue de la sacari-

na en que aquélla es transitoria y no se acompaña de alteraciones tan graves como ésta.

¿De qué forma de diabetes se trata? Probablemente de la grave, pues no es fácil que, dado el enflaquecimiento y demás alteraciones de que se ha acompañado, ceda con un simple cambio de régimen dietético, por riguroso que sea. Además, entre las tres clases de diabetes admitidas por los autores (*diabetes de fondo nervioso, distrófico y pancreático*), debemos aceptar la última, apoyándonos en el ptialismo, que indica generalmente alteraciones pancreáticas, como también en el enflaquecimiento progresivo de la enferma.

**Etiología y patogenia.**—No podemos atribuir la diabetes á un proceso hepático, pues la ictericia, único síntoma evidente de alteraciones morbosas del hígado que la enferma ha ofrecido, fué de carácter transitorio. Excluido el origen hepático, varias causas pueden haber obrado como determinantes de la diabetes. Podríamos atribuirle un origen nervioso, teniendo en cuenta que la enfermedad se desarrolló consecutivamente á profundos trastornos psíquicos. Los trabajos de fisiología (experimento de Claudio Bernard) han demostrado que una simple punción del suelo del cuarto ventrículo basta para determinar una glucosuria transitoria. Pues bien: haciendo aplicación de estos hechos, podríamos suponer que las impresiones morales sufridas por la enferma determinaron modificaciones somáticas cerebrales, las que dieron lugar al proceso que estudiamos. Podríamos también atribuirle á la influencia del régimen alimenticio de la enferma, constituido casi exclusivamente por feculentos, los cuales sabemos ya se transforman en el organismo en dextrina y glucosa. Pero concediendo que las anteriores causas hayan podido obrar como determinantes de la enfermedad, existiendo, como aquí existe probablemente, según hemos dicho antes, la forma de diabetes llamada *pancreática*, debemos creer que son las alteraciones del páncreas las que han jugado el principal papel en la génesis de la diabetes sacarina.

**Fisiología patológica.**—Ahora bien: admitiendo esta última hipótesis, ¿cómo se ha producido la enfermedad? Admiten los fisiólogos modernos que el páncreas elabora un fermento llamado *glucolítico*, el cual está destinado á mantener el equilibrio entre la producción y el consumo de azúcar en el organismo; hay además que tener en cuenta que el hígado, los músculos, y en general todas las células, en virtud de las leyes bioquímicas, fabrican azúcar,

el cual, una vez ya elaborado, se almacenará en la sangre, siendo por ella conducido al parénquima de los órganos, donde debe consumirse, es decir, entrar en combustión. Ahora bien: la cantidad de azúcar almacenada en la sangre no puede variar sino dentro de límites muy estrechos, no puede sufrir grandes oscilaciones, y si las sufre vendrá el desequilibrio. Pero este desequilibrio puede venir representado por exceso ó por defecto: en el primer caso, si hay producción exagerada de azúcar y el consumo ó la combustión del mismo no es proporcional, como no puede ser retenido en el organismo de un modo indefinido, tendrá que ser eliminado al exterior, aprovechando para ello la vía más expedita, el filtro renal, en cuyo caso tendremos la glucosuria. Ahora bien: hemos dicho anteriormente que el fermento *glucolítico* existente en el jugo pancreático tiene por misión mantener el equilibrio glucósico en la economía, y para lograrlo excita la formación de glucosa cuando se necesita, y modera su producción ó aumenta su consumo cuando aquélla existe en cantidad exagerada; compréndese, pues, que si falta dicho fermento ni habrá disminución de producción ni aumento de consumo; habrá la irregularidad, el desequilibrio, el exceso ó el defecto. Haciendo, pues, aplicación á nuestro caso, por una parte debido á las alteraciones pancreáticas, falta el fermento glucolítico, mientras que por otra la enferma se nutría casi exclusivamente de feculentos destinados á convertirse en azúcar; de todo lo cual se desprende que hay producción mayor que el consumo, y por consiguiente acúmulo de glucosa en la sangre, hasta que, habiendo ya alcanzado cierto grado, es eliminada al exterior por la vía renal, produciéndose la glucosuria.

**Pronóstico.**— Debe hacerse grave. Probablemente la enfermedad continuará ofreciendo un curso progresivo.

**Terapéutica.**— Hemos atribuido la diabetes á la falta de jugo pancreático; por consiguiente, el tratamiento más racional sería administrar dicho jugo. De ahí la indicación de la pancreatina: sin embargo, difícilmente podría ésta cumplir por sí sola su cometido, por lo cual no debemos limitarnos á la administración exclusiva de aquel medicamento, sino que es preciso cumplir otras indicaciones: disminuir la producción del azúcar, favorecer la combustión del que exista formado en exceso y combatir los síntomas. Para cumplir la primera indicación, sería preciso someter á la enferma á un régimen apropiado, del cual deberíamos excluir

aquellos alimentos que, en el organismo, den lugar á la formación de glucosa; y como los alimentos que la proporcionan en menor cantidad son las carnes y las grasas, de ahí el que se haya pretendido someter á los diabéticos al uso de dichos alimentos, excluyendo completamente los feculentos y azucarados por ser los que producen mayor cantidad de azúcar. Pero ¿debe ser absoluta esta proscripción? No, pues los actos glucogénicos son absolutamente necesarios para el organismo, y por tanto, si se proscriben en absoluto (cosa ideal, pues no es posible realizarlo en la práctica), no habría suficiente glucosa para asegurar los cambios nutritivos, y entonces el organismo, falto de ella, se ampararía de los albuminóideos y grasas de reserva, dando lugar á una demacración considerable, gracias al autofagismo constante.

Es imposible, pues, una absoluta proscripción de los feculentos, por cuyo motivo emplearemos preferentemente un régimen prudencial, del cual excluirémos los azucarados (miel, vinos dulces, frutas dulces, etc.), reduciendo considerablemente los feculentos (pan, harinas, legumbres, etc.). Permitiremos las carnes, los huevos, las grasas, estando sobre todo estas últimas indicadas, debido al estado de demacración considerable en que se halla la enferma. Caben también dentro el régimen alimenticio las legumbres verdes, las frutas que contengan aceite (olivas, etc.), y, por fin, es preciso también que entren en la alimentación del diabético las sales inorgánicas (cloruro de sodio, etc.) para evitar la desmineralización que se observa en estos enfermos. La leche puede también permitirse, á pesar de que muchos autores se oponen á su empleo porque contiene lactosa.

El pan ordinario se ha substituído por pan de gluten y soya, que también contienen almidón, aunque en menor cantidad.

Segunda indicación: favorecer la oxidación del azúcar. Para esto sería preciso aumentar las combustiones, pero no podemos en nuestro caso prescribir ejercicios exagerados, la gimnasia, el masaje, etcétera, sino, por el contrario, el ejercicio debe ser muy moderado por el profundo estado de demacración en que se halla la enferma. Únicamente podríamos permitir mucho ejercicio si se tratara de un diabético obeso.

La higiene de la piel podemos procurarla á beneficio de fricciones con agua de Colonia, lociones tibias, etc.

¿Cómo se cumplen estas indicaciones en el terreno farmacológico? La *opoterapia* estaría en este caso perfectamente indicada. Pero además se han recomendado un inmenso número de medi-

camientos: los alcalinos (bic. sódico principalmente) al objeto de favorecer las oxidaciones de las sustancias orgánicas; los bromuros, útiles por una parte por los trastornos nerviosos que la enferma ha ofrecido, no pueden ser prescritos porque son demasiado depresores; los preparados de opio, belladona y beleño, la antipirina, la valeriana, el estramonio, el sulfato de quinina, el arsénico, etc.

**Tratamiento sintomático.**—El opio es un buen medicamento: combate la polifagia, la polidipsia, la poliuria, como también la glucosuria. La morfina y la codeína han sido también prescritas. También la valeriana y la antipirina tratan con éxito dichos síntomas. El enflaquecimiento, la astenia, este estado de decaimiento orgánico en que se halla la enferma, pueden combatirse á beneficio de los tónicos y reconstituyentes; el arsénico, que servirá al mismo tiempo para tratar la enfermedad; los preparados de hierro, el aceite de hígado de bacalao será eminentemente útil para evitar la desnutrición de la enferma.

La gingivitis y estomatitis pueden tratarse por medio de enjuagues antisépticos, con ácido bórico, clorato potásico, con mentol, etcétera. Por último, las intervenciones quirúrgicas son sumamente peligrosas, porque exponen á la gangrena. Sujetóse á la enferma á un régimen alimenticio constituido por leche, dos sopas claras al día, carne, verduras, huevos y corteza de pan.

Pancreatina líquida titulada

Un frasco

Diez gotas en una copa de agua cuatro veces al día en medio de las comidas.

Aparte.

Extrac. gomoso de opio . . . . .	0'10 gramo
» valeriana . . . . .	1
Exc. . . . .	c. s.

D. en 8 pild. Una cada cuatro horas.

**Observaciones clínicas.**—*15 de Marzo.*—Ha disminuido la sed. El apetito tampoco es exagerado. Ha disminuído la proporción de azúcar en la orina. Las digestiones son normales. Sigue la fórmula anterior.

*25 de Marzo.*—Siguen disminuídas tanto la polidipsia como la

polifagia. La cantidad de orina oscila actualmente entre 2,500 á 3,000 gramos. La proporción de azúcar es escasa.

La medicación establecida ha dado, pues, resultados prontos y favorables; pero es preciso insistir en su uso, lo mismo que en el régimen, para evitar nuevas agravaciones.

*10 de Abril.*—Los síntomas de la diabetes han remitido considerablemente, pero la enferma se halla abatida, falta de energía muscular, los pulsos son bajos y los latidos cardíacos son débiles. Suspendaremos temporalmente la medicación establecida, prescribiendo el arsénico y el hierro asociados á un tetánico para estimular el sistema nervioso.

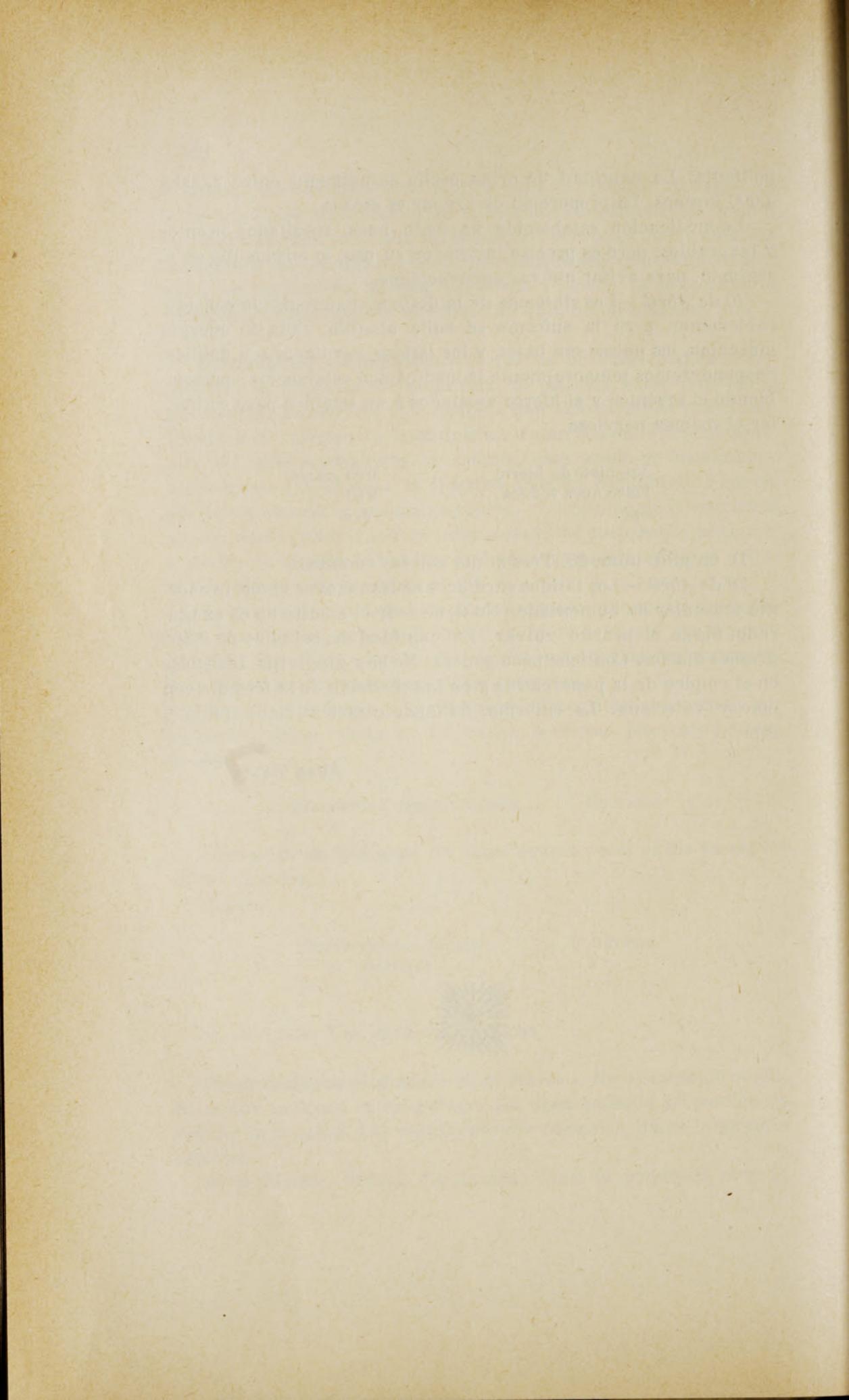
Arseniato de hierro . . . . .	0'05 gramo
Polvo nuez vómica . . . . .	0'20 »
Exc. . . . .	c. s.

D. en píld. núm. 20. Tres al día con las comidas.

*20 de Abril* —Los latidos cardíacos acusan mayor vigor, la energía muscular ha aumentado. No tiene sed; el apetito no es exagerado. Sigue el prurito vulvar. La cantidad de orina es de 2,500 gramos diarios. Contiene poco azúcar. No hay gingivitis. Insistióse en el empleo de la pancreatina y en la repetición de la fórmula con opio y valeriana. La enferma, hallándose más aliviada, pidió el alta

JUAN SANS.







## Reumatismo poliarticular agudo

Wifreda C..., de 26 años de edad, residente en Barcelona, soltera, y empleada en los quehaceres domésticos. Es de temperamento nervioso, é ingresó el día 20 de Febrero en esta Clínica.

**Antecedentes morbóso.**—Había gozado siempre de perfecta salud, hasta que el 17 del actual se mojó el vestido y no se cambió la ropa en todo el día. Á la mañana siguiente tuvo escalofríos violentos y repetidos, seguidos de fiebre, malestar general y dolor espontáneo en varias articulaciones; exacerbándose con los movimientos. A la mañana siguiente persistió la fiebre, y el dolor se localizó en las articulaciones tibio-fémuro-rotulianas, las cuales al mismo tiempo se pusieron tumefactas. El tercer día ingresó en la Clínica.

**Estado actual.**—Lengua saburral, anorexia, sabor amargo, disodia, polidipsia, abdomen abultado, oponiendo sus paredes alguna resistencia á la palpación, estando dolorida la región ileocecal. La percusión es timpánica en toda el área abdominal. Á favor de un purgante salino se han producido varias deposiciones semilíquidas y de olor fétido.

Nótase opresión de pecho y una ligera disnea. Se percibe un soplo sistólico en el foco de la arteria pulmonar, y el pulso es frecuente y rítmico.

Las articulaciones fémuro-tibio-rotulianas están ligeramente flexionadas, ofreciendo la superficie cutánea un color rojo vivo.

La palpación es dolorosa, principalmente al nivel de la interlínea articular. Los movimientos de flexión y extensión son sumamente dolorosos y difíciles. Hay también ligera tumefacción y dolor en la articulación radiocarpiana derecha. La cantidad de orina ha disminuído y su color es rojo. Temperatura, 39'5°.

**Diagnóstico.**—El examen de la enferma nos revela que las principales alteraciones radican en las articulaciones y en el aparato circulatorio. Los síntomas articulares (dolor espontáneo y á la presión, tumefacción, rubicundez, dificultad de los movimientos acompañados de pirexia) caracterizan el *reumatismo poliarticular agudo*.

Hay además alteraciones cardíacas, como lo demuestran la existencia de un soplo sistólico en el foco de la pulmonar; soplo que no podemos atribuir á un proceso anémico, sino que debemos referirlo á una *endocarditis en el orificio de la arteria pulmonar*, sobrevenida como complicación de la infección reumática.

**Diagnóstico diferencial.**—¿Podríamos establecer confusiones con la fiebre tifoidea? No, pues en esta última habría mayor predominio de síntomas por parte del aparato digestivo; falta además, en este caso, el estupor tífico, las manchas rosadas lenticulares, el infarto del hígado y del bazo, etc. La dotinenteria, si bien puede acompañarse de manifestaciones articulares, éstas se caracterizan por artralgias, mientras que en nuestra enferma existen verdaderas artritis. Lo mismo la tifoidea que el reumatismo pueden atacar al corazón, pero es más fácil que la infección eberthiana lesione el miocardio que el endocardio ó el pericardio, como lo hace el reumatismo. No podemos atribuir la poliartritis á una enfermedad febril exantemática, ya que falta el exantema; ni á una *blenorragia*, pues la gonococia con más frecuencia determina una artritis única que artritis múltiples, y además el examen del aparato genital revelaría en nuestra enferma la leucorrea de origen gonocócico.

**Pronóstico.**—Debe hacerse con algunas reservas, porque, si bien es de esperar que el reumatismo termine por curación, en cambio no puede asegurarse, por el pronto, si quedará resuelta del todo la complicación endocardiaca.

**Tratamiento.**—Como régimen dietético, el propio de todos los estados piréticos, reposo en cama y alimentación tenue, usando la leche ó el caldo. En cuanto á medicación farmacológica, si sólo tuviésemos en cuenta la fiebre y las manifestaciones articulares, usaríamos el salicilato sódico y el ácido salicílico; pero, teniendo en cuenta la acción depresora de estas substancias y que existe una complicación cardíaca, si los empleásemos habríamos de moderar mucho las dosis. Por otra parte, los efectos de dichos fármacos distan mucho de ser tan seguros en las localizaciones reumáticas cardíacas como en las artríticas. El nitrato potásico, el *veratrum viride* y la veratrina, el cólchico y la colchicina, el acónito y la aconitina, son también buenos antirreumáticos, pero todos más ó menos deprimentes. La salipirina, el salofeno y el salol han sido recomendados como sucedáneos del salicilato sódico. La antipirina, fenocetina, exolgina, antifebrina, etc., tienen preferentemente empleo en las astralgias reumáticas. Los yoduros son buenos antirreumáticos, pero de acción más segura en el reumatismo crónico que en el agudo. Existiendo fiebre y complicaciones cardíacas, el mejor sucedáneo del salicilato sódico es la quinina.

**Tratamiento de la endocarditis reumática.**—La endocarditis exige suma atención. Se han recomendado para combatirla los alcalinos (bicarbonato sódico, acetato potásico, etc.), suponiéndose que pueden evitar su desarrollo, porque disminuyen la coagulabilidad de la sangre, haciendo de este modo difícil la formación de concreciones fibrinosas sobre la túnica interna del corazón y de los vasos. Los yoduros son, sin embargo, los preparados más empleados en el tratamiento de la endocarditis. La revulsión sobre la región precordial da también resultados muy favorables. Pero ante todo es preciso conservar la energía contráctil del miocardio; si ésta decayese, se pronunciase la astenia cardíaca, entonces sería preciso administrar los tónicos del corazón (*strophantus hispiclus*, cafeína, esparteína, *adonis vernalis*, alcohol, quina, etc.). Los preparados de nuez vómica, sobre todo su alcaloide la estriocina, también galvanizan el corazón, pero su acción es pasajera.

**Tratamiento local de las artropatías.**—Se han empleado varios tópicos medicamentosos, principalmente pomadas y linimientos calmantes (opio, belladona, beleño, cloroformo, etc.). Son también de uso frecuente las pomadas mercuriales con ácido salicílico, salicilato sódico, salicilato de metilo, ictiol, azufre etc.; lo

propio que la revulsión con tintura de yodo, los vejigatorios, la envoltura algodoadada, etc.

Prescribióse el salicilato sódico á pequeñas dosis.

Agua de azahar . . . . .	150 gramos
Salicilato sódico . . . . .	2 »
Jarabe diacodi6n. . . . .	30 »

H. s. a. poci6n.

**Diario clínico.** - 22 de Febrero. — Continúa la rubicundez, tumefacción y dolor espontáneo y á la presión en ambas rodillas. Hay tumefacción y dolor á los movimientos en la articulaci6n radiocarpiana derecha. El soplo cardíaco es menos intenso. Los pulsos bajos rítmicos y poco frecuentes. Continúa la opresi6n de pecho y la fiebre. La lengua está cubierta por una gruesa capa de saburra. Aumentóse la cantidad de salicilato sódico.

Agua de melisa . . . . .	150 gramos
Salicilato sódico. . . . .	3 »
Jarabe diacodi6n. . . . .	30 »

Á cucharadas.

Prescribiéronse además sellos de benzonaftol y carbonato de magnesia, al objeto de verificar la antisepsis del tubo digestivo y oponerse al estreñimiento.

Benzonaftol . . . . .	} 2 gramos
Carbonato de magnesia . . . . .	

D. en sellos n.º 10

24 de Febrero. — Sigue la tumefacción de las rodillas: sin embargo, la piel no ofrece ya un color rojo vivo, sino un tinte oscuro. Se ha extinguido el soplo en el foco de la pulmonar. Continúa la lengua saburral y el estreñimiento; es decir, persisten los síntomas de catarro gástrico, complicaci6n muy común en la infecci6n reumática aguda. Ha disminuido la frecuencia del pulso (100 pulsaciones). No han sido muy brillantes los resultados obtenidos con el empleo del salicilato sódico desde el momento en que persisten los síntomas articulares, pero hay que tener en cuenta que se han administrado á pequeñas dosis; pero insistiremos en el uso del mismo fármaco, aunque asociándole al cólchico, que es también un buen antirreumático.

Los antiguos hubiesen sangrado á esta enferma; algunos modernos pretenden resucitar dicha práctica en casos análogos, al objeto de combatir la infección, es decir, concediéndole cierto papel antiséptico: nosotros, sin embargo, seguiremos la corriente general, que se abstiene de dicha práctica: primero por las escasas fuerzas de la enferma, y segundo porque son bien problemáticos los efectos encaminados á detener el curso de la infección.

Agua de melisa . . . . .	200 gramos
Salicilato sódico . . . . .	4 »
Tintura cólchico . . . . .	1 gramo
Jarabe diacodión. . . . .	30 gramos

H. s. a. poción.

24 de Febrero.—La enferma guarda el decúbito supino. Los movimientos del tronco son difíciles y dolorosos. La presión sobre las apófisis espinosas es dolorosa, especialmente en la región lumbar. Ha disminuído la tumefacción en las articulaciones afectas, cuyos movimientos son más fáciles. La enferma está ligeramente soporosa; su lengua, cubierta en el centro por una capa de saburra, está roja en los bordes. Hace cuatro días que no evacúa. No se percibe el soplo. Tonos cardíacos débiles, pulsos bajos. Temperatura, 38°.

El curso de la enfermedad acaba de corroborar el diagnóstico establecido. Ahora bien: los síntomas, por parte del aparato circulatorio, podrían hacer presumir que aquí existe también ahora una miocarditis; y, si bien esta complicación es infrecuente en el curso del reumatismo, es en cambio de posible desarrollo; pues, del mismo modo que una infección reumática se localiza en un músculo cualquiera (sartorio, esterno cleido-mastóideo, etc.), puede atacar también al músculo cardíaco. De todos modos cabe no desconocer que la astenia cardíaca y la postración de la enferma pueden atribuirse á los efectos depresores del salicilato y aun más del cólchico, fuerte sedante visceral.

Por fin, el reumatismo tampoco ha respetado el aparato digestivo, ya que paralelamente al mismo evoluciona un catarro gástrico.

**Terapéutica.**—Es preciso combatir la infección reumática, pero no por medio de medicamentos deprimentes del corazón, como los anteriormente prescritos, sino más bien con la quinina, pues á la acción antirreumática y antitérmica une sus efectos tónicos sobre

el corazón, siempre que no se administre acumulando las dosis ó extremándolas, y aún así no estará de más asociar un tónico cardíaco para aumentar la energía de dicho órgano. Por fin, es preciso regularizar el mal estado de las vías digestivas, para lo cual administraremos un purgante que sea al mismo tiempo antiséptico intestinal.

Calomelanos al vapor . . . . . 0'60 gramo  
Azúcar . . . . . 1 gramo

Divídase en papeles n.º 3. Uno cada hora.

Aparte.

Bisulfato de quinina . . . . . 1 gramo  
Sulfato de espartefina . . . . . 0'10 »  
Exc. idóneo. . . . . c. s.

D. en píldoras n.º 10. Una cada 2 horas, administrando la primera tres horas después del último papel.

26 de Febrero.—Ha efectuado numerosas deposiciones. La lengua es más limpia y la enferma no acusa mal sabor. Los movimientos de las articulaciones afectas son más fáciles, pero persiste la tumefacción. Los latidos cardíacos y el pulso continúan débiles. Es preciso, pues, insistir en los tónicos.

Cocimiento quina calisaya . . . . . 200 gramos  
Alcohol sulfúrico. . . . . 6 »  
Sulfato espartefina . . . . . 0'10 gramo  
Jarabe de cidra. . . . . 30 gramos

H. s. a. poción.

28 de Febrero.—Los movimientos de la columna vertebral son completamente libres, pero la infección ha atacado la piel determinando una púrpura hemorrágica, con sus características manchas de color rojo oscuro, del tamaño de una lenteja y que no desaparecen á la presión.

**Tratamiento de la púrpura hemorrágica.**—Combatiremos esa complicación con isquémicos y astringentes, v. g. ergotina, ácido sulfúrico, hamamelis virginica, hidrastis canadensis, etc.

Cocimiento quina . . . . . 200 gramos  
Agua de Rabel. . . . . 6 »  
Sulfato de espartefina . . . . . 0'10 gramo  
Jarabe de cidra . . . . . 30 gramos

H. s. a. poción. Dos cucharadas cada 2 horas.

Aparte.

Vino generoso

*1.º de Marzo.*—Tampoco el reumatismo ha respetado el árbol respiratorio, pues á la auscultación percíbense estertores de medianas burbujas y algunas sibilancias discretas, diseminadas por todo el pecho. Hay tos y expectoración mucosalival. La lengua está más limpia y ha habido evacuación intestinal. Para tratar la bronquitis están indicados los incidentes, pero es preciso elegir los que no ejerzan acción sedante sobre el corazón. Para cumplir esta indicación, los mejores incidentes son los preparados amoniacaes.

Cocimiento quina calisaya . . . . .	200	gramos
Carbonato amónico. . . . .	2	»
Jarabe de cidra. . . . .	30	»

H. s. a. poción.

*3 de Marzo* —Las manchas de púrpura han perdido su color rojo oscuro, ofreciendo actualmente un tinte amarillento. Debemos poner la piel en buenas condiciones higiénicas para evitar el desarrollo de dermatosis, y los baños estarían indicados; pero aquí los hace temibles el traslado de la enferma desde la cama á la bañera por el temor de exacerbar la bronquitis, y ademas son difíciles todavía los movimientos de las extremidades inferiores. Nos limitaremos, pues, á limpiar la piel, friccionándola con agua sedativa.

*6 de Marzo.*—El rostro es pálido, exceptuando ambas regiones malares, que ofrecen un tinte rosado; siguen los estertores húmedos numerosos y diseminados por todo el pecho. Ha desaparecido la púrpura. Continúa la tumefacción de las rodillas y de la articulación radiocarpiana derecha. Los dientes están deslustrados con manchas que recuerdan los de Ranke. El abdomen está abultado y sensible á la presión en la región umbilical y en la hepática. La enferma soporosa, y con 39'5º de temperatura.

Hay, pues, un cuadro sindrómico que recuerda el de la fiebre tifoidea, como suele suceder en todas las enfermedades infecciosas cuando han llegado al máximum de su desarrollo. Es preciso insistir en el uso de los expectorantes principalmente amoniacaes para combatir la bronquitis, y de la quinina para tratar el reumatismo.

Infusión quina calisaya . . . . .	200 gramos
Benzoato amónico . . . . .	3 »
Tintura polígala . . . . .	1 gramo
Jarabe de cidra . . . . .	30 gramos

H. s. a. poción.

Aparte.

Salicilato de quinina . . . . .	0'50 gramo
Exc. íd. . . . .	c. s.

D. en píldoras n.º 5.

8 de Marzo.—Ha disminuído la fiebre. Persisten los síntomas de catarro bronquial y la tumefacción de las articulaciones afectas.

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

H. s. a. poción.

Aparte.

Anísato de quinina . . . . .	1 gramo
Exc. íd. . . . .	c. s.

D. en 10 píldoras iguales.

10 de Marzo.—Se descubren dos pequeñas úlceras en las regiones sacras, debidas al decúbito supino tan prolongado. Lávanse con cocimiento de quina, se espolvorean con dermatol y se cubren con esparadrappo aglutinante.

12 de Marzo.—Los estertores húmedos son más numerosos, lo mismo que las sibilancias; hay tos con esputo mucoso adherido á una pequeña cantidad de saliva. Disnea. Aplicando la mano sobre el pecho se percibe un estremecimiento, tanto durante la inspiración como en la espiración. ¿Podemos suponer que existe una pleuresía acrínicá sobrevenida como complicación del reumatismo? Dificilmente, porque entonces el estremecimiento lo percibiríamos tan sólo durante la inspiración y aquí acompaña ambos tiempos de la respiración.

Es preciso insistir en los preparados amoniacaes al objeto de disminuir la ocupación pulmonar.

Cocimiento de polígala . . . . .	200	gramos
Benzoato amónico . . . . .	3	»
Tintura nuez de kola . . . . .	2	»
Jarabe de cidra . . . . .	30	»

H. s. a. poción.

*14 de Marzo.*—La disnea es menor. Los estertores menos numerosos, la expectoración más fácil. Ha desaparecido el estremecimiento pleural. Los movimientos de las articulaciones son poco dolorosos. La fiebre es escasa. ¿Podríamos, en vista de tales síntomas, formular un pronóstico leve? Aun no, pues son posibles todavía complicaciones meningíticas, pericardiacas, etc., que podrían acabar con la vida de la enferma.

*16 de Marzo.*—Los latidos cardíacos y el pulso acusan mayor vigor. Volveremos, pues, al uso del salicilato sódico, asociándole á la tintura de nuez de kola para evitar sus efectos deprimentes.

Agua de azahar . . . . .	200	gramos
Salicilato sódico . . . . .	} 2	»
Tintura nuez de kola . . . . .		
Jarabe de cidra . . . . .	30	»

H. s. a. poción.

*17 de Marzo.*—La mejilla derecha tiene un color rosado, mientras que la izquierda es pálida en totalidad. Los estertores son discretos, las crisis de tos raras. Los movimientos articulares son bastante fáciles; la tumefacción, escasa; la temperatura, normal. Insistiremos en el empleo del salicilato y nuez de kola y además prescribiremos la ergotina, no sólo para combatir el éxtasis de los vasos capilares, que se manifiesta por la coloración rosada de la región malar derecha, sino también para oponernos á la tendencia congestiva pulmonar.

Agua de azahar . . . . .	150	gramos
Salicilato sódico . . . . .	3	»
Tintura nuez de kola . . . . .	2	»
Ergotina . . . . .	1	gramo
Jarabe de cidra . . . . .	30	gramos

H. s. a. poción.

*19 de Marzo.*—Los movimientos articulares son fáciles, los estertores húmedos, muy discretos, y la temperatura normal. Ha tenido diarrea, pero las deposiciones no son muy numerosas y su

cantidad es escasa. Es preciso regularizar las vías digestivas. Prescribióse la fórmula siguiente:

Gomosa . . . . .	200 gramos
Creta preparada . . . . .	} 1 gramo
Bicarbonato sódico. . . . .	
Alcohol melisa . . . . .	
Jarabe de cidra . . . . .	30 gramos

H. s. a. poción.

21 de Marzo.—Ha disminuído el número de deposiciones, pero es todavía superior al normal. Asociaremos á la fórmula anterior un preparado de opio.

Gomosa . . . . .	200 gramos
Creta preparada. . . . .	} 1 gramo
Bicarbonato sódico. . . . .	
Alcohol melisa . . . . .	
Jarabe diacodi6n. . . . .	30 gramos

H. s. a. poción.

25 de Marzo.—Las funciones gastrointestinales se ejercen con normalidad: podemos, pues, administrar los yoduros, esperando que serán tolerados, sobre todo si empezamos á administrarlos á pequeñas dosis.

Agua de toronjil . . . . .	150 gramos
Yoduro sódico. . . . .	1 gramo
Jarabe de cidra . . . . .	30 gramos

H. s. a. poción.

30 de Marzo.—No ha reaparecido el soplo cardíaco. La enferma puede andar, aunque cortas distancias. Sería útil someter una temporada la enferma á la medicación yodurada para resolver completamente el proceso reumático, toda vez que los yoduros son perfectamente tolerados y que, por tanto, las dosis pueden gradualmente aumentarse.

Agua melisa . . . . .	150 gramos
Yoduro sódico. . . . .	1'50 gramo
Jarabe de cidra . . . . .	30 gramos

Además es preciso recomendar á la enferma que procure evitar los enfriamientos y la influencia de la humedad, al objeto de evitar recidivas ó el paso del proceso á la cronicidad.

JUAN SANS.