Ataxia locomotriz progresiva

Antonio S..., de 38 años de edad, natural de Cervera, residente en Barcelona, de profesión tejedor.

Anamnesis fisiológica. – Vivía en un piso oscuro y húmedo; su alimentación era mixta, con predominio de los hidrocarbonados. Por su profesión veíase obligado á permanecer constantemente en actitud bípeda, haciendo movimientos alternativos de pies y manos.

Antecedentes terapéuticos. – Ha sido sometido á los alcalinos, á la estricnina, yoduros, electricidad, tópicos, revulsión, baños, etcétera.

Antecedentes hereditarios. – Su padre murió á consecuencia de una pulmonía fibrinosa. Su madre de una gastropatía. Ignora la causa que ocasionó la muerte de sus hermanos.

Antecedentes morbosos. – Tuvo á la edad de tres años una varioloide; á los veinte una blenorragia seguida de una adenitis monoganglionar no supurada en la ingle izquierda y otra supurada en la región infrahióidea derecha; fué también seguida de difi-

cultad en los movimientos de las articulaciones escápulo-humerales, que persistió seis meses, cediendo después de repetidos baños calientes. Á los 32 años tuvo hiperclorhidria, acompañada frecuentemente de náuseas y vómitos. Curó á los cinco meses.

Síntomas iniciales de la tabes.— Trastornos génitourinarios — La enfermedad actual empezó con trastornos génitourinarios. El síntoma inicial se caracterizó por sobreexcitación genésica; al poco tiempo las micciones se hicieron difíciles, y sólo se verificaban después de repetidos esfuerzos durante dos ó tres minutos. Una vez llegó á la retención, que cedió á beneficio de baños tibios de asiento. Á todo esto la fuerza de proyección del chorro de la orina iba debilitándose cada vez más, hasta que, por último, caía sobre sus mismos pies, según frase del enfermo. Estos trastornos persistieron durante un año, cediendo después completamente.

Trastornos de la sensibilidad - Dolores fulgurantes.—Á los 36 años tuvo una crisis constituída por dolores breves, rápidos, de aparición brusca, distribuídos de un modo irregular, aunque su localización preferente era la cara anterior de la pierna. Dos horas duró la crisis, dejando después en el sitio afecto, en las extremidades inferiores, una sensación de fatiga que se prolongó unos dos días. Á los seis meses tuvo nuevamente otra crisis, con los mismos caracteres.

Otros síntomas iniciales. — Á los 37 años observó los primeros trastornos de la deambulación. Los miembros inferiores le parecían pesados; un paseo de corta duración le producía fatiga. Un día estaba vistiéndose, y, al pasar su camisa por delante de los ojos, osciló su cuerpo, teniendo que apoyarse sobre una mesa para no caerse. Otro día, en el momento de pasar sus manos por delante de los ojos, en el acto de lavarse, vaciló nuevamente inclinándose su cuerpo hacia adelante. Más tarde le era difícil andar en la oscuridad, porque vacilaba y caía si no podía apoyarse.

Curso progresivo de la enfermedad.—Los trastornos de la deambulación fueron cada vez más graves. Si intentaba aplicar los pies en el suelo y permanecer algún tiempo en estación bípeda, se le torcían. Sin embargo, estas alteraciones duraron poco tiempo, y la deambulación se hizo fácil durante un período de tiempo bre

ve, después del cual se perturbó nuevamente. El enfermo no pudo desde entonces andar sino con el auxilio de un bastón, motivo por el cual ingresó en la Clínica, donde ocupó la cama núm. 7 de la sala de San José.

Estado actual.— Es delgado, de piel y carne flácidas. La inteligencia se conserva en perfecta lucidez. Hemos dirigido preferentemente nuestras investigaciones hacia los síntomas de orden nervioso.

Trastornos de la deambulación. – El enfermo está sentado en una silla. Le suplicamos que se levante y que ande, pero al levantarse, permanece un momento vacilante, oscilando su cuerpo unas veces hacia adelante y otras hacia atrás; por fin busca un punto de apoyo y anda, pero de un modo especial. Parece como si lanzara su pierna hacia adelante; es decir, levanta exageradamente y de un modo brusco los pies, y luego los deja caer también bruscamente en el suelo, aplicando con fuerza toda la región plantar. Á todo esto tiene la vista constantemente fija en los pies, cual si pretendiese dirigir sus movimientos. Si mientras anda le decimos que se detenga prescindiendo de su apoyo, al momento su cuerpo se inclina hacia delante generalmente, ó bien rápidamente extiende una pierna al objeto de aplicar un pie bien separado del otro, aumentando de esta manera la base de sustentación, para mantener el equilibrio. Si le decimos, mientras está en actitud bípeda, que haga un movimiento de rotación, se inclina también, perdiendo inmediatamente el equilibrio. La marcha es imposible sin el auxilio de un bastón, y si es algo prolongada necesita dos. En cuanto intenta andar sin apoyo alguno, se le tuercen los pies al aplicarlos sobre el suelo y le sobreviene temblor de las piernas.

Trastornos de la deambulación teniendo el enfermo los ojos cerrados.—En esta situación la marcha es imposible; el enfermo oscila y cae. Si estando en actitud bípeda, hallándose las piernas en contacto por sus caras internas y los pies por sus bordes internos, le hacemos cerrar los ojos; á los pocos segundos se inclina, sea hacia adelante, sea hacia atrás, más raras veces hacia los lados, sin conciencia de la dirección hacia donde se cae. Únicamente puede mantenerse algún tiempo en actitud bípeda, estando los bordes internos de los pies separados por una distancia mínima de diez centímetros. Si le mandamos que se mantenga en actitud bípeda

sosteniéndose con un solo pie, instantáneamente pierde el equilibrio. La incoordinación se revela también por otros síntomas.

Si estando acostado el enfermo hacemos que toque un objeto cualquiera con el dedo gordo del pie, ó lo dirige más allá del punto señalado, ó sólo lo alcanza después de una serie de tanteos.

Trastornos de los movimientos de las extremidades superiores.—Hay escasa incoordinación en los movimientos de los brazos, así alcanza perfectamente la punta de su nariz ó un objeto situado encima la mesita de noche; aplica perfectamente la yema del índice de un lado sobre la del opuesto, aun durante la oclusión de los ojos. En cambio, á veces le es difícil alcanzar los botones de su americana para abrocharla. No puede aprisionar fuertemente un objeto en la cara palmar de sus manos, pues los dedos se aflojan sucesivamente uno tras de otro. Tampoco le es posible sostener sus manos sin apoyo, en una posición fija, más allá de medio minuto, pues le sobreviene temblor. Los movimientos de la cabeza, si son algo pronunciados, le provocan un ligero dolor á lo largo del raquis.

Fuerza contráctil muscular.—Esta conservada. No se encuentra ningún grupo de músculos paréticos, si se exceptúa los flexores del dedo meñique y anular de la mano izquierda.

Trastornos de la sensibilidad de carácter subjetivo.—Tiene dolores que son generalmente de carácter fulgurante; es decir, de aparición y desaparición brusca; aparecen en forma de crisis constituidas por una serie de accesos repetidos cada dos ó tres segundos; la duración de la crisis es de ocho á diez horas. Aparecen en horas irregulares, más frecuentemente de noche que de día: generalmente empiezan á las nueve ó á las diez de la noche y terminan á las ocho ó á las diez de la mañana. Se repiten los paroxismos sin orden, cada mes, quince, ocho días, etc., según los casos.

Caracteres del dolor.—Raras veces las crisis están constituídas por dolores sordos y duraderos; lo general es que sean fulgurantes. Son, en unos casos, comparables á vivos alfilerazos que atravesaran la piel y partes profundas; otras veces son terebrantes; y en ocasiones se acompañan de sensación de ardor en el sitio afecto, cual si el enfermo lo tuviera sobre ascuas. Se exacerban con los cambios atmosféricos. En invierno percibe, durante los días

lluviosos, sensación de frío en la planta de los pies. La característica de los intervalos de los paroxismos ha consistido en ser cada vez más cortos.

Localizaciones del dolor.—Son variables. Las regiones más frecuentemente afectas son, por orden de frecuencia, las extremidades inferiores, cara externa de la pierna, garganta del pie, cara interna de la rodilla, regiones escápulohumerales, cara anterior de los brazos. Jamás sigue el trayecto de los nervios. Distribúyese en forma de islotes, es decir, de zonas circunscritas. Una vez iniciada la crisis, los dolores se mantienen constantemente fijos en el mismo sitio durante todo el paroxismo.

Trastornos objetivos de la sensibilidad. - Sensibilidad tactil, superficial.—Esta abolida en la planta de ambos pies, disminuída en los bordes internos y externos, como también en el dorso y en las piernas: conservada en lo restante de la superficie cutánea.

Sensibilidad tactil profunda.—Está abolida en la planta de los pies, disminuída en las piernas y conservada en las demás regiones.

Sensibilidad dolorosa. — Está disminuída en las piernas y pies, aumentada en los muslos y brazos. Un pellizco en la planta de los pies despierta sensación de ardor.

Sensibilidad térmica.—Sigue la misma distribución que la sensibilidad tactil superficial. La sensibilidad eléctrica está conservada.

Disminución de la conductibilidad sensitiva.— Un pellizco en la planta del pie tarda en ser percibido por el enfermo siete segundos, y sólo cinco en la pierna; en las demás partes de la piel no hay retardo. Lo mismo que sucede con un pellizco se observa con la aplicación de objetos punzantes, calientes ó fríos.

Hay también abolición de la sensibilidad, tanto muscular como articular, en las extremidades inferiores: así, si hacemos cerrar los ojos al enfermo, ignora la posición en que se hallan sus piernas, no sabe si están flexionadas ó extendidas.

Trastornos tróficos.—Hay atrofia ligera de los músculos de

xores de la región hipotenar de la mano derecha. Ha tenido dermatosis húmedas.

Reflejo rotuliano.—Está abolido en ambas rodillas.

Trastornos génitourinarios.—Hay disminución de la potencia sexual. Únicamente son posibles las erecciones durante el sueño. El número de micciones está aumentado. La orina es clara. Percibe frecuentemente sensación de dolor á lo largo de la uretra.

Órganos de los sentidos.—Las principales alteraciones radican en los ojos. Conservan las pupilas una forma perfectamente circular. Se modifican por la acomodación: en cambio se contraen muy escasamente por la influencia de la luz. Normalidad en los demás sentidos.

No hay alteraciones especiales del aparato respiratorio y circulatorio. En el aparato digestivo, hay que mencionar una hiperclorhidria simple, que se caracteriza por sensación de ardor durante el período digestivo, acompañándose frecuentemente de náuseas y vómitos.

Diagnóstico.—Es suficientemente característico el síndrome descrito. Se trata de una *ataxia locomotriz progresiva*, demostrada por los trastornos de la coordinación de los movimientos con integridad de la fuerza muscular, por el signo de Romberg, por los síntomas sensitivos de carácter subjetivo (dolores fulgurantes), ídem de carácter físico (anestesias tactil, dolorosa, térmica, etcétera), distribuídas de un modo simétrico; disminución de la conductibilidad nerviosa, abolición del llamado *sentido muscular*, anestesias de determinadas articulaciones, signo de Westphal, trastornos de la visión, signo de Argil-Robertson, trastornos génito-urinarios, curso progresivo, etc.

Diagnóstico diferencial.—No puede confundirse con la llamada *pseudo-tabes*, pues ésta va acompañada de exaltación del reflejo rotuliano, mientras aquí encontramos el signo de Westphal.

En la *compresión de la médula* habría parálisis de las extremidades inferiores, y aquí encontramos conservada la energía muscular.

En la *esclerosis en placas*, habría trastornos del lenguaje, nis-

tagmus, temblor acompañando los movimientos voluntarios, etcétera; síntomas que aquí faltan.

En la *ataxia de Friedreich* faltan los trastornos de la sensibilidad que aquí encontramos; hay conservación del reflejo rotuliano, y aquí está abolido.

En la *polineuritis* habría mayor tendencia á la parálisis y á la atrofia de los músculos invadidos; faltaría el signo de Argil Robertson, de Romberg, etc. El proceso no tendería fatalmente á agravarse, sino que, por el contrario, acostumbra á ser regresivo.

En la *meningitis crónica* y en la *mielitis crónica* hay mayor tendencia á la parálisis que no en este caso.

Etiología.—Seguramente aquí debemos conceder una influencia decisiva, en la génesis de la enfermedad, á los constantes movimientos alternativos de sus extremidades superiores é inferiores, que el enfermo se veía obligado á hacer en virtud de su profesión.

Pronóstico.—Debemos hacerle grave, por el curso generalmente progresivo de la *tabes dorsalis*.

Tratamiento.—Si la enfermedad fuera debida á la sífilis, podríamos entonces emplear el tratamiento específico: pero, no siéndolo, no podemos poner en práctica un tratamiento directo que haga retroceder el proceso anatómico, y, por consiguiente, no podemos esperar resultados absolutamente satisfactorios de la terapéutica. Sin embargo, se han recomendado muchos medicamentos para combatir la ataxia, y no menos numerosos han sido los agentes preconizados para combatir sus síntomas. Hé ahí los más usados: el yodo y los yoduros, principalmente el potásico; los preparados mercuriales; el nitrato y el fosfato de plata; el fósforo, los preparados de oro, la estricnina, el cornezuelo de centeno, etc. Se ha empleado igualmente la hidroterapia, la electroterapia, la llamada suspensión del raquis, consistente en mantener al enfermo breves momentos suspendido al objeto de obtener una elongación de la médula, etc.

Tratamiento sintomático.—Dolor.—Entre los síntomas, el *dolor* ha sido combatido con los narcóticos, principalmente con la morfina. Este alcaloide es el más poderoso calmante de los dolores fulgurantes, pero ofrece el inconveniente de conducir pronto al hábito, á la morfinomanía. La antipirina, la fenacetina, la exolgi-

na, la acetanilida, el salicilato sódico, la hiosciamina, el sulfonal, el trional, etc., han sido también empleados. Las fricciones con diversos tópicos, principalmente pomadas y linimentos á base de narcóticos, opio, belladona, beleño, etc.; de cloroformo, etc.; los revulsivos, el masaje; las pulverizaciones con éter, cloruro de metilo; la hidroterapia, en forma principalmente de duchas tibias.

Tratamiento de la anestesia.—La anestesia se combate con fricciones excitantes, duchas, electricidad (corrientes continuas y pincel eléctrico).

Tratamiento de la incoordinación de los movimientos.—Para vencer á la incoordinación de los movimientos, se ha puesto modernamente en práctica la llamada *reeducación progresiva de los movimientos,* constituída por una serie de prácticas de gimnasia destinadas á corregir los movimientos desordenados.

Prescribióse la tintura de yodo.

Tintura de yodo . . . . . 5 gramos

Tres gotas antes de las comidas en media copita de agua.

25 *de Noviembre.*—Se aumentó la dosis de tintura en una gota. Tiene estreñimiento.

Eronimina . . . . . } 0'15 gramo
Extr. ruibarbo. . . . . }

D. en píld. núm. 3. Una al día.

27 *de Noviembre.* —A beneficio de las píldoras anteriores logra una evacuación diaria. Se aumentó la dosis de tintura de yodo. Toma actualmente cinco gotas antes de cada comida. Tiene inapetencia. Prescribiremos los amargos para excitar el apetito.

Gránulos de cuasina dosificados á 0'001 gramo, núm. 3

29 *de Noviembre* – Tiene sabor metálico desagradable, coriza, cefalalgia, dolor en el hueco epigástrico; fenómenos que debemos atribuir á efectos del yodismo Suspenderemos el yodo, substituyéndole por el mercurio. Ahora bien: entre los preparados mercuriales, cuando es preciso administrarles durante largo tiempo, el que mejor se tolera es el bicloruro. Lo administraremos pues, eligiendo, como forma farmacológica, las píldoras.

Bicloruro de mercurio . . . . . 0'05 gramo
Exc. íd. . . . . c. s.

D. en píld. núm. 10. Dos al día.

1.º de Diciembre.—Las píldoras anteriores son perfectamente toleradas. Continúa la misma fórmula.

4 de Diciembre.—Percibe sensación de dolor pungitivo después de las comidas al nivel del hueco epigástrico. Seguramente es debido á la mielopatía que el enfermo padece. Prescribióse una fórmula antigastrálgica en la que se halla asociada la belladona á pequeñas dosis de lactato de bismuto.

Polvos de belladona . . . . . 0'05 gramo
Lactato de bismuto . . . . . 0'15 »
Bicarbonato sódico . . . . . } 2 gramos
Sacaruro de vainilla. . . . . }

D. en tres papeles. Uno antes de las comidas.

6 de Diciembre.—No han reaparecido los dolores fulgurantes de las piernas. Ha cesado la gastralgia. Tiene ptialismo y gingivitis, probablemente debidos á intolerancia del mercurio. Tiene estreñimiento.

Prescribiremos una fórmula que contenga polvos de hojas de sen para excitar el peristaltismo intestinal, azufre y crémor tártaro para coadyuvar á la acción purgante del sen y al mismo tiempo favorecer la eliminación del mercurio. Suspendiéronse las píldoras con sublimado corrosivo.

Polvos hojas de sen . . . . . }
Azufre sublimado. . . . . } 20 gramos
Crémor tártaro. . . . . }

H. un papel.

Una cucharada por la mañana en agua azucarada.

Aparte.

Adminístrese un enema grande de aceite, ó dos si el primero no va seguido de una deposición.

7 de Diciembre.—Ha evacuado. El ptialismo es escaso. No ha reaparecido la gastralgia. En cambio ofrece algunas crisis de dolores fulgurantes poco frecuentes y de poca duración, localizadas casi siempre en las piernas. Substituiremos la medicación mercurial por la yodurada añadiendo á la fórmula una pequeña cantidad de bromuro sódico para combatir los dolores fulgurantes.

Jarabe de genciana	300 gramos
Yoduro sódico.	10 »
Bromuro sódico	1 »

H. s. a. poción

20 de Diciembre —Tiene un forúnculo en el rostro, que no es de presumir esté relacionado con la ataxia, como tampoco con una diabetes sacarina, pues no se encuentra azúcar en la orina. Tiene dolores fulgurantes en las regiones escápulohumerales. Podríamos aumentar la cantidad de bromuro contenida en la fórmula.

Jarabe de genciana	300 gramos
Yoduro sódico.	10 »
Bromuro sódico.	3 »

H. s. a. poción.

10 de Enero —Percibe sensación de ardor al nivel del hueco epigástrico después de las comidas. Trátase probablemente de una hiperclorhidria, como lo demuestra el carácter de la sensación y también las demás manifestaciones de la historia gástrica anteriormente descritas. Lo que hay es que á la hiperclorhidria debe atribuírsele un origen neuropático, puesto que no se descubre ninguna otra causa que haya podido producirla, y además se desarrolló en el curso de la ataxia. De todos modos, como que tanto los yoduros como los mercuriales son excitantes de la secreción del jugo gástrico, los suspenderemos de momento á fin de dar al estómago el reposo necesario que le permita volver á la normalidad.

20 de Enero. – Las funciones digestivas se ejercen con normalidad. Sigue la incoordinación de los movimientos. El enfermo necesita apoyarse en dos bastones. Los signos de Romberg y Westphal y Argil-Robertson no se han modificado. Los dolores fulgurantes son raros.

Despréndese de lo dicho que no han sido muy favorables los resultados obtenidos con los preparados de yodo y mercurio; ensayaremos, pues, otros medicamentos muy recomendados en el tratamiento de la ataxia: nos referimos á los preparados de plata y de oro.

Preparados de plata.—Entre las sales de plata preferiremos el nitrato y trifosfato; forma farmacológica, píldoras; y como excipiente emplearemos la miga de pan, por ser el que dificulta más su alteración. Si quisiéramos administrarlos en solución, sería preciso

emplear como vehículo el agua destilada, pues con el agua de fuente se formaría fácilmente cloruro de plata con los cloruros que aquélla contiene.

Nitrato de plata.	0'05 gramo
Miga de pan.	c. s.

D. en 10 píld.

Dos píld. al día. Contendrán 0'005 gramo de nitrato de plata.

24 de Enero.—Tiene dolores fulgurantes, que el enfermo compara á alfilerazos. Se ofrecen en forma de crisis de dos horas de duración, localizados en ambas rodillas, á veces en las piernas. Son más frecuentes de noche que de día, impidiéndole el sueño. Sigue la disminución de la potencia sexual. No hay ninguna alteración urinaria. Tiene inapetencia. Siguen las píldoras anteriores y además

Gránulos de cuasina de 0 001 gramo, núm. 4

Uno antes de las comidas.

1.º de Febrero.—Experimenta sensación de frío, que parte de ambas regiones lumbares irradiándose hacia las extremidades inferiores. Esta sensación alterna con dolores fulgurantes. Ofrécense en forma de crisis nocturnas. Los accesos son muy frecuentes, se prolongan toda la noche y desaparecen al amanecer, reapareciendo la noche siguiente. Prescribióse la morfina.

Clorhidrato de morfina	0'05 gramo
Azúcar	2 gramos

D. en 5 papeles. Uno al anochecer, y, si no se obtiene resultado, adminístrese un segundo papel á las dos horas.

3 de Febrero.—Ha disminuído la intensidad de la sensación de frío, lo mismo que la de los dolores fulgurantes. Éstos se presentan localizados unas veces en el pie derecho, otras en el izquierdo. Tiene cefalalgia de localización frontal en forma de un dolor sordo, que el enfermo refiere á la parte inferior de la frente, por encima de las órbitas. Aparece al anochecer, se prolonga una ó dos horas; después cede, permitiendo el sueño al enfermo. Sigan los papeles y las píldoras.

6 de Febrero.—Las píldoras de nitrato de plata son perfectamente toleradas. Aumentaremos, pues, su número: cuatro al día en lugar de dos.

8 de Febrero. – Percibe sensación de peso y plenitud gástrica después de las comidas. Durante el período digestivo, la región epigástrica se abulta y se pone timpánica á la percusión. Trátase de una dispepsia flatulenta de índole neuropática, debida, lo mismo que la hiperclorhidria anteriormente estudiada, á la mielopatía. Las crisis de dolores fulgurantes se ofrecen en número de cuatro ó cinco al día; son de carácter pungitivo y se localizan en la región lumbar. La sensación de frío nocturna es más remisa y menos duradera. Continúan los papeles anteriores.

Tratamiento de la dispepsia flatulenta.—En cuanto al tratamiento sintomático de la dispepsia, debemos procurar impedir la formación de gases, absorber los ya formados y expulsar los que no puedan ser absorbidos. Para lo primero es preciso excluir de la alimentación los feculentos (judías, lentejas, patatas, etc.), lo mismo que las bebidas carbónicas. Es preciso reducir la cantidad diaria de pan todo lo posible. Entre los medicamentos están indicados los narcóticos estupefacientes, gotas negras inglesas, láudano, morfina, etc.: hemos prescrito la última. Para lo segundo están indicadas las substancias absorbentes de gases, administradas después de las comidas (carbón vegetal, óxido de magnesio, bicarb. sódico, creta preparada, etc.). Para lo tercero están indicados los carminativos (infusión de te, hinojo, el agua de Melisa, el licor amoniacal anisado, el sacaruro de anís, de menta, etc). Además está indicado el masaje del epigastrio y las fricciones con tópicos estimulantes de la contractilidad gástrica (alcohol romero, íd. alcanforado, etc.). Prescribióse la fórmula siguiente:

Agua de melisa	200 gramos
Bicarbonato sódico	10 »
Tintura de badiana	1 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

H. s. a. poción.

9 de Febrero.—Tiene crisis de tos seca de varias sacudidas, acompañadas de dolores pungitivos en el pecho. Á la auscultación no se perciben estertores. El carácter espasmódico de la tos, la falta de causas que hayan podido dar lugar á un proceso pleural y pulmonar, el ofrecerse durante el curso de la afección medular, hacen creer que la tos constituye un accidente subordinado á la *tabes dorsalis*.

Es preciso calmar los accesos de tos, para lo cual emplearemos la codeína.

Agua de azahar	150 gramos
Bicarbonato sódico	5 »
Codeína	0'05 »
Jarabe de cidra	30 »

H. s. a. poción.

11 de Febrero.—La distensión gástrica después de las comidas es ligera. Ha desaparecido la sensación de peso y plenitud. Tampoco han reaparecido los dolores fulgurantes y la sensación de frío. Tiene inapetencia y tendencia al estreñimiento. Estando regularizadas las vías digestivas, podemos prescribir nuevamente las píldoras con nitrato de plata. Además administraremos la cuasina para excitar el apetito.

14 de Febrero.—Sigue el estreñimiento. Prescribióse, para combatirle, una fórmula con sen y manito.

Infusión de sen	200 gramos
Manito	20 »

21 de Febrero.—El nitrato de plata ha sido substituído por el trifosfato. Ha evacuado.

Trifosfato de plata.	0'05 gramo
Miga de pan	c. s.

D. en 10 píld. Cuatro al día.

6 de Marzo.—Los trastornos de la deambulación no son tan graves como al principio. Los dolores fulgurantes son poco intensos y las crisis son menos frecuentes.

El fósforo en el tratamiento de la ataxia.—El fósforo ha sido recomendado por muchos autores para combatir la *tabes dorsalis*. No logra, es cierto, la regresión de las lesiones anatómicas medulares; pero, en cambio, según muchos neuropatólogos han podido observar, disminuye la incoordinación motriz, mientras aumenta la energía contráctil muscular. Entre los preparados de fósforo elegiremos el aceite fosforado, y como forma farmacológica las perlas.

Perlas de aceite fosforado dosificadas á 0'001 gramo, núm. 3

25 de Marzo.—No hay signos de intolerancia gástrica. Tiene estreñimiento tenaz; prescribióse una fórmula laxante.

Azufre sublimado.	10 gramos
Polvos hojas de sen	
Crémor tártaro.	

H. un papel.

15 de Abril.—El enfermo había gozado durante quince días un bienestar absoluto, pero hoy han reaparecido nuevamente los dolores fulgurantes. El fósforo se acompaña de sabor aliáceo repugnante. La experiencia ha demostrado al paciente que el medicamento más eficaz para calmar los dolores fulgurantes es la morfina: insistiremos, pues, en el empleo de dicho alcaloide.

Clorhidrato de morfina	0'10 gramo
Azúcar	4 gramos

D. en 10 papeles. Uno al acostarse.

20 de Abril.—Siguen las crisis de dolores fulgurantes; son menos intensas. Continúan las perlas de aceite fosforado.

1.º de Mayo.—Los dolores fulgurantes tienen su máximum de intensidad en la región lumbar derecha. Los paroxismos dolorosos dejan en pos de sí, en dicha región, una sensación de dolor sordo, que se exacerba con los movimientos de flexión y extensión del tronco.

Formas farmacológicas de los preparados de oro.—Fué substituído el fósforo por una sal de oro administrada en forma pilular.

Tricloruro de oro.	0'05 gramo
Exc. íd.	c s.

D. en 25 píldoras. Cuatro al día.

14 de Mayo.—El enfermo tiene una inapetencia absoluta. Sensación de peso después de las comidas, que alterna á veces con pirosis. Estreñimiento. Es preciso conceder de cuando en cuando un período de reposo al estómago, pues el empleo continuado de medicamentos destinados á combatir la ataxia podría dar lugar al desarrollo de una gastritis. De momento nos limitaremos á prescribir una fórmula destinada á regularizar el funcionalismo de las vías digestivas y excitar el apetito.

Cuasina amorfa.	0'03 gramo
Lupulino.	0'30 »
Bicarbonato sódico	1'50 »
Sacaruro de hinojo	1'50 »

D. en papeles núm. 3. Uno antes de las comidas.

16 de Mayo.—El enfermo come con mejor apetito. Sus digestiones son normales. Ha verificado una deposición.

Resultados del tratamiento empleado.—La exploración del enfermo demuestra que, si bien no se ha obtenido la curación de la ataxia, en cambio hay evidente mejoría de algunos síntomas. Ha desaparecido por completo la incoordinación de las extremidades superiores. Los trastornos de la deambulación no son tan considerables. Actualmente puede andar, aunque con alguna dificultad, sin el auxilio de ningún bastón. No se le tuercen los pies al aplicarlos en el suelo. La anestesia de las plantas de los pies no es tan absoluta como en un principio: actualmente hay, mejor que anestesia, hipoestesia. También en las piernas parece que la sensibilidad está mejor conservada. Los paroxismos de dolores fulgurantes han disminuído en intensidad y en frecuencia. También han desparectdo los síntomas gástricos, verificándose actualmente las digestiones de un modo normal. En cambio subsisten los signos de Westphal, Romberg y Argil-Robertson. En resumen, persiste la enfermedad; pero, á pesar de los muchos meses que el enfermo lleva de permanencia en la Clínica, lejos de seguir el curso progresivo que acostumbra y que le ha valido el nombre que lleva, parece que se ha obtenido un verdadero alivio.

J. Solé y Forn.

Cirrosis mixta

Manuel D..., de 35 años de edad, soltero, natural de Barcelona y residente en la misma, de profesión comerciante.

Antecedentes fisiológicos.—Rasgos externos de linfatismo, pero con el rostro de tinte moreno. Hábitos alcohólicos y de alimentación condimentada, prefiriendo, sin embargo, las substancias vegetales. No constan antecedentes de familia.

Anamnesis patológica.—Gozó de perfecta salud hasta la edad de 32 años, en cuya época, en plena salud, fué acometido por un dolor intenso, pungitivo, que, partiendo del hipocondrio derecho, se irradiaba unos momentos hacia el testículo del mismo lado, y otros á la columna vertebral y la escápula derecha. Ocho días se sostuvo el dolor, repitiéndose en forma de crisis de 15 á 60 minutos de duración, con dos horas de intervalo. Á todo esto, pusiéronse las conjuntivas amarillas, extendióse el mismo color por toda la piel, la orina manchaba los paños de amarillo, aumentando el número de las micciones. Tuvo además vómitos, unas veces alimenticios, insípidos y en cantidad abundante, otras de sabor amargo y en cantidad escasa.

Después de aquella fecha, previa la administración de un emético, cesaron los anteriores síntomas, repitiéndose desde entonces las crisis dolorosas una vez al mes. Durante los intervalos no sufría el enfermo molestia alguna, y únicamente cuando las comidas eran muy abundantes iban seguidas de plenitud gástrica y vómitos. Ha tenido una sola epistaxis.

El estreñimiento era habitual en el enfermo, excretando cibalas, consistentes, fétidas y cubiertas de grasa.

Á los 34 años, empezó á percibir una sensación casi continua de plenitud y tensión abdominal, principalmente cuando inclinaba el tronco hacia adelante. Tres meses más tarde notó el abdomen abultado, y desde entonces la distensión abdominal se efectuó de un modo lento y gradual, pero siempre progresivo. Empezó á disminuir considerablemente la cantidad de la orina y nuevamente se colorearon de amarillo sus conjuntivas, mientras el color del rostro tomaba un tinte más obscuro Tales fueron las manifestaciones morbosas que obligaron al enfermo á ingresar en la Clínica.

Estado actual.—Ofrece el rostro del enfermo un color verdoso obscuro, los labios azafranados y las conjuntivas amarillentas hacia fuera del globo ocular y blancas junto á la córnea. En las encías, y sobre todo en la mucosa de los carrillos, se observan manchas apizarradas que recuerdan la enfermedad de Adisson. Enflaquecimiento. Decúbito supino ó el lateral derecho.

Llama de modo preferente la atención el abombamiento del vientre.

Exploración de la ascitis. Inspección. – El abdomen está abultado en totalidad, pero de un modo más acentuado hacia los hipocondrios, que sobresalen del nivel de las costillas. Las venas subcutáneas se muestran muy aparentes, sobre todo alrededor del ombligo, donde están anastomosadas. La depresión umbilical deformada, presentándose á modo de media luna con la concavidad hacia arriba. La piel está distendida.

Palpación.—La palpación resulta indolora en todo el abdomen. Percíbese claramente la fluctuación.

Percusión. La percusión obscura, excepto al nivel de la línea alba y hacia el epigastrio, cuando el enfermo guarda el decúbito

supino ó el vertical. Las zonas de insonoridad varían con los cambios de posición del enfermo.

Hígado y bazo.—La matidez hepática, siguiendo la línea mamaria, empieza hacia arriba al nivel del borde superior de la sexta costilla, siendo imposible delimitarla inferiormente por el abultamiento abdominal. La palpación del hígado es difícil de practicar. Sin embargo, si se hace presión con el dedo índice en sentido perpendicular á las paredes abdominales, hallándose el enfermo en decúbito lateral izquierdo durante la bipedestación, se descubren nódulos duros, uno de los cuales se halla situado al nivel de la línea mamaria derecha, á 5 ó 6 centímetros del reborde costal. La tensión de las paredes abdominales impide el explorar si las abolladuras son lisas ó ásperas. Ni la palpación ni la percusión nos han permitido descubrir si el bazo se halla aumentado de volumen

Hé ahí el resultado del examen de los órganos y aparatos, en los que se descubre otras alteraciones.

Aparato digestivo.—Lengua ancha, roja en la punta, cubierta en el centro por una capa de saburra. Sabor amargo. Repugnancia para ciertos alimentos (grasas y carnes especialmente), cuya ingestión se acompaña de pesadez y plenitud gástrica. Efectúa una deposición diaria, de heces fecales, de consistencia dura. Queda ya indicado lo referente al hígado y al bazo.

Aparato circulatorio.—La punta del corazón late en el 4.° espacio intercostal, 0'01 metro por dentro de la línea mamaria izquierda; á la palpación se percibe el choque difuso, extendido al 4.° y 5.° espacio. La percusión en sentido vertical descubre matidez desde el borde superior del 3 ^{er} espacio hasta el inferior del 4.°. Los tonos diastólicos, aórtico y pulmonar están ligeramente reforzados, en especial este último. Hay 76 pulsaciones por minuto, acusando el pulso bastante vigor.

Aparato respiratorio.—Ligera frecuencia respiratoria (22 respiraciones por minuto). Tos poco frecuente, de una sola sacudida, con expectoración mucosa. Aspereza del murmullo vesicular con algunos estertores sibilantes, finos y discretos, al final de la inspiración en ambas bases, las que al mismo tiempo acusan subma-

tidez á la percusión. En las restantes zonas pulmonares hay normalidad.

Aparato urinario.—La orina está disminuída en cantidad; su color, anaranjado; su densidad á 15°, 1,077; y la reacción francamente ácida. No se encuentran alteraciones dignas de mención en los demás órganos.

Diagnóstico.—El abombamiento abdominal, las alteraciones en la forma y volumen de la glándula hepática y la ictericia, constituyen los síntomas de mayor importancia para la formación del diagnóstico. ¿Á qué se debe el abombamiento abdominal? No puede tratarse de *timpanismo* porque se encuentran á la percusión zonas insonoras, y la palpación permite descubrir de un modo evidente la existencia de líquido.

Tampoco puede tratarse de un *tumor líquido (quiste hidatídico, seroso, hidronefrosis, retención urinaria,* etc.), porque un tumor líquido, cualquiera que fuese su localización, formaría prominencia sobre un punto determinado del abdomen y la percusión sobre dicho punto resultaría obscura; no habría cambios de sonoridad con los distintos decúbitos y ocuparía un área más limitada.

En la *hidronefrosis* habría prominencia en la región lumbar y aquí falta.

En la *retención urinaria* la obscuridad á la percusión empieza á partir del macizo óseo pélvico y no cambia con los decúbitos. ¿De qué se trata, pues? De una *ascitis*. Lo demuestra la forma del vientre, abultado en totalidad, pero especialmente hacia los vacíos (vientre de batracio de los autores); la fluctuación clara, los cambios de sonoridad con los distintos decúbitos, etc. ¿Cuál es su causa? Nada más importante para el diagnóstico que su conocimiento; pero como son tan numerosos los procesos que pueden originarla, de aquí que su investigación se halle rodeada de grandes dificultades.

Diagnóstico etiológico de la ascitis.—No puede atribuirse á un proceso que radique en los órganos torácicos (corazón, pulmones, pleura), porque entonces los edemas hubiesen precedido á la ascitis, y en este caso ni siquiera existen; la disnea hubiese precedido al derrame peritoneal, y aquí coincide con él; á más de que habría cianosis muy intensa por las dificultades circulatorias que originaría la existencia de una ascitis coincidiendo con una afec-

ción de los órganos torácicos; y por fin encontraríamos en dichos órganos las enfermedades causales.

Tampoco podemos admitir un *tumor que comprima la cava inferior*, pues se acompañaría de edema y gran desarrollo y flexuosidad de las venas de las extremidades inferiores, y verificaría compresión sobre otros órganos.

Las *enfermedades del peritoneo* son frecuentemente causa de ascitis, pero ninguna de ellas podemos admitir. El curso de la enfermedad ha sido crónico: por tanto quedan excluídas todas las *afecciones peritoneales agudas*.

No podemos aceptar la *peritonitis crónica simple*, pues figuraría en la historia del enfermo algún período de agudez y encontraríamos alguna zona abdominal sensible á la palpación.

La *peritonitis tuberculosa* se acompañaría de diarrea, sensibilidad abdominal, y probablemente á esta fecha habría fiebre éctica, sudores nocturnos y tuberculosis pulmonar.

En el *cáncer del peritoneo*, la palpación descubriría algún nódulo indurado, ó, al menos, alguna zona abdominal vivamente sensible; habría profundos trastornos digestivos, período caquéctico, y probablemente infartos ganglionares, como también algún cáncer en otro órgano (estómago, hígado, etc.), del cual acostumbra á ser secundario.

No podemos atribuirle un *origen renal*, cuando no hay historia morbosa de este órgano, cuando no encontramos edemas blandos, ni siquiera las características alteraciones de la orina.

Para rechazar un *origen esplénico*, basta tener en cuenta el color especial que ofrece este enfermo, bien distinto del tinte blanco céreo que acostumbra coincidir con las afecciones del bazo.

Tampoco podemos admitir que un *proceso de la porta* sea el causal del derrame. No tenemos motivo para creer que un *tumor*, cualquiera que sea su naturaleza histológica y su localización (cabeza del páncreas, masas de epiplon, infartos ganglionares, etc.), comprima dicha vena, porque no hay síntoma objetivo alguno que revele su existencia.

Una *perihepatibitis* con producción de falsas membranas que hubiesen llegado á estrangular la porta, ofrecería un síndrome completamente diverso, en el que figuraría algún período de agudez con violentos dolores continuos; y aquí el curso fué crónico desde un principio, y las crisis dolorosas fueron paroxísticas.

La *trombosis de la porta* tiene un curso rápido, estableciéndose la ascitis en poco tiempo.

La exclusión nos obliga á considerar la ascitis sintomática de un proceso hepático. Pero ¿de cuál? ¿Pertenece al grupo de los que se acompañan de hepatomegalia? Ciertamente que no. La *congestión hepática,* sea activa ó pasiva, la *degeneración amilóidea* y la *infiltración grasosa*, se acompañan de hepatomegalia; pero en todas ellas el aumento de volumen es regular, no alterándose la forma de la glándula de un modo esencial, mientras que en este caso está esencialmenee alterada.

Las neoplasias localizadas en el hígado aumentan su volumen, pero ninguna de ellas podemos admitir. Un *quiste,* cualquiera que sea su naturaleza, si fuera *unilocular,* formaría una prominencia globulosa, lisa, fluctuante ó al menos elástica á la palpación, y aquí hay abolladuras duras y múltiples; á más de que difícilmente se acompañaría de un modo simultáneo de ascitis é ictericia; si fuera multilocular su desarrollo sería insidioso, no precedido de las violentas crisis de dolor que figuran en la historia del enfermo; tampoco las abolladuras ofrecerían consistencia dura, ni habría ascitis ni ictericia. El *sarcoma* y el *cistosarcoma* hubiesen tenido un desarrollo más rápido, el *mixoma* ofrecería una consistencia blanda, el *linfangioma* se acompañaría de leucemia. El *cáncer* del hígado hubiese ofrecido un desarrollo más rápido, se acompañaría de adenopatías, de caquexia, de dolores lancinantes, siendo muy fácil que le precedieran cánceres en otros órganos de los cuales acostumbra ser secundario.

Podría admitirse la *cirrosis hipertrófica biliar* por la *ictericia* y la *hepatomegalia;* pero hay aquí abolladuras y ascitis, síntomas que no son propios de aquel proceso.

Tampoco podemos admitir ninguna de las enfermedades que se acompañan de disminución de la glándula hepática, y así no podemos hablar de la *atrofia simple,* ídem *amarilla,* ídem de origen sifilítico; porque en todas ellas la disminución del volumen afecta toda la glándula; en todas ellas el volumen del hígado se reduce sin alterarse su forma, mientras que aquí podrá haber una reducción parcial, pero lo cierto es que la palpación descubre aumento de volumen de algunas zonas hepáticas.

La *cirrosis atrófica* tiene algunos síntomas á su favor: la ascitis, el desarrollo de las venas suplementarias, el mismo hábito de beber alcohol; pero falta el decisivo, la disminución del volumen de la glándula. Cierto es que se admite por los autores que la ci-

rrosis atrófica durante su primer período se acompaña de hepatomegalia, debido á estar hiperemiada la glándula: pero aquí no podemos aceptar que la enfermedad se halle en su primer período, pues dataría de fecha más reciente. Si hubiese hiperemia del hígado, el aumento de volumen sería uniforme, y aquí es irregular, á más de que no habría ictericia.

Excluídas las enfermedades anteriores, únicamente nos queda la *cirrosis mixta,* cuyo diagnóstico es el que debemos admitir, apoyándolo en la existencia simultánea de la ascitis, ictericia y hepatomegalia.

En cuanto al proceso antiguo, consistió en *cálculos biliares*, como lo demuestran los caracteres de las crisis dolorosas, coincidiendo con ictericia.

Etiología.—Creemos que han intervenido dos factores en el desarrollo de la enfermedad: el alcohol y los cálculos biliares Estos últimos debieron producir estancaciones de bilis, éxtasis en determinadas zonas de la glándula hepática. Ahora bien: la bilis estancada dió lugar á la inflamación de los conductos biliares, y consecutivamente á la cirrosis hipertrófica Por su parte, el alcohol absorbido diariamente por el enfermo, irritando de una manera continuada el hígado, dió lugar á la formación de tejido conjuntivo intestinal al rededor de las ramificaciones intrahepáticas de la vena porta, y de consiguiente á la forma atrófica de la cirrosis. Ahora bien: la acción simultánea de ambos elementos etiológicos produjo la cirrosis mixta.

Pronóstico.—Pocos resultados podemos esperar, siendo generalmente la terminación funesta en la forma atrófica.

Tratamiento.—Ningún medio heroico poseemos para vencer la formación de tejido conjuntivo intersticial en el interior de la glándula hepática. Por consiguiente, no podemos tener la esperanza de modificar de un modo directo las alteraciones del hígado: sólo en la forma hipertrófica ha obtenido la terapéutica favorables resultados, pero desgraciadamente se nos presentan reunidas ambas formas de cirrosis, con probable predominio de la atrófica. Por consiguiente, debemos limitarnos á detener en lo posible el curso progresivo de la enfermedad y sostener las fuerzas del paciente.

Régimen dietético.—El régimen dietético constituye la base del tratamiento; proscripción de las bebidas alcohólicas y dieta láctea.

La leche es el medio preferible, porque tiene la ventaja de contener todos los principios necesarios para la nutrición, digerirse fácilmente y no irritar el hígado, pues no contiene productos tóxicos ó al menos los contiene en menor cantidad; y, por fin, la leche es un diurético excelente, muy útil en este caso, en que conviene aumentar la diuresis para lograr la desaparición del exudado peritoneal. Únicamente si no fuera tolerada permitiríamos alimentos de fácil digestión: huevos, caldos desgrasados, purés, sopas, carnes tiernas.

En el terreno farmacólogico se han ensayado muchos medicamentos con escasos resultados, tales como los yoduros y el cloruro amónico, al objeto de combatir la esclerosis, etc. En este caso, existiendo hipertrofia, preferimos ensayar la medicación hidrargírica, por los favorables resultados que en aquella forma de cirrosis acostumbra producir. La opoterapia en la terapéutica de las cirrosis hepáticas, no ha respondido á las grandes esperanzas que en ella se habían fundado.

Tratamiento sintomático.—Por lo que se refiere al tratamiento sintomático, hay un punto de alto interés que es preciso dilucidar. ¿Cómo debemos tratar la ascitis? ¿Está indicada la paracentesis? Hay sobre este último punto diversas opiniones, inclinadas unas hacia la punción prematura, para lo cual se apoyan en las siguientes consideraciones: 1.ª, que haciendo cesar la presión del líquido peritoneal se favorece la circulación, lo mismo á través de la porción de hígado sano que por las venas suplementarias; 2.ª, que, no habiendo presión sobre las venas porta y renales, se favorece la absorción intestinal y la diuresis; 3.ª, que de este modo obran los medicamentos con mayor eficacia. Para otros, la punción debe practicarse lo más tardíamente posible, y esta es la conducta que seguiremos.

Ante la sola idea de la paracentesis, el ánimo del enfermo decae visiblemente; y como los resultados que con ella hemos de obtener han de ser escasos ó nulos, preferimos no quebrantar lo poco de energía moral que resta al enfermo. Para combatir la ascitis, nos limitaremos, pues, á los medios clásicos: diuréticos (gayuba, estigmas de maíz, bayas de enebro, parietaria, acetato potásico, urea, lactosa, etc.); si aquéllos fracasan, purgantes, principal-

mente los que tiendan á aumentar las secreciones intestinales (sales neutras, escamonea, jalapa, etc.); y, por último, los sudoríficos, aunque esperando de ellos resultados poco favorables. El masaje y la galvanización de las paredes abdominales han sido igualmente recomendados en el tratamiento de la ascitis.

Administráronse las píldoras inglesas.

Píldoras inglesas	0'10 gramo

Núm. 6. Una cada 4 horas.

Observaciones clínicas.—*4 de Febrero.*—La lengua está ligeramente saburral, con encendimiento de la punta. Sensación de ardor, que abarca todo el abdomen después de las comidas. Cantidad escasa y color anaranjado de las orinas. Heces fecales de consistencia dura. Añadiéronse á las píldoras azules los diuréticos, al objeto de aumentar la secreción urinaria y favorecer la reabsorción del exudado peritoneal.

Infusión de grama	200 gramos
Acetato potásico.	2 »
Jarabe puntas de espárrago. . .	30 »

H. s. a. poción.

14 de Febrero.—No han experimentado modificación alguna la ictericia, la ascitis ni las alteraciones hepáticas, pero ha sufrido un ligero aumento la cantidad de la orina. Siguen las píldoras azules, prescribiendo además los yoduros, al objeto de combatir el proceso esclerósico del hígado.

Agua.	180 gramos
Tintura alcohólica	4 »
Yoduro de litio	1 »
Yoduro de sodio	2 »
Jarabe de cuasia simaruba . . .	30 »

H. s. a. poción.

18 de Febrero.—Sigue la sensación de ardor después de las comidas. Prescribióse la siguiente fórmula al objeto de favorecer la digestión:

Oxalato de cerio.	0'10 gramo
Bicarbonato sódico	2 gramos
Sacaruro de menta	3 »

D. en 3 papeles. Continúan las píldoras azules. Suspendidos los yoduros.

20 de Febrero.—Tiene estreñimiento, el cual combatióse á beneficio de las píldoras siguientes:

Extracto nuez vómica	0'10 gramo
Id. de belladona	0'10 »
Id. de cáscara sagrada . .	0'50 »

D. en píldoras núm. 10.

22 de Febrero —Tiene apetito. Normalidad de las digestiones, tanto gástrica como intestinal. Evacúa diariamente materiales de consistencia semilíquida. La ascitis no se ha modificado. El color de la cara ofrece un tinte ligeramente más blanco que en un principio. Sigan las píldoras azules y la fórmula anteriormente prescrita.

23 de Febrero.—En vista de la regularidad de sus digestiones, el enfermo ha comido carne, sufriendo, consecutivamente á la ingestión de la misma y durante dos ó tres horas, sensación de peso en el epigastrio, que ha sido seguida de náuseas y de vómitos líquidos. Lengua saburral en sus tercios posteriores y roja en la punta. Disminución y encendimiento de la orina. Se le sometió nuevamente á la dieta láctea, continuando las píldoras azules.

27 de Febrero. - Tiene estreñimiento, sensación de plenitud y tensión gástrica, frecuentemente repetida. Es preciso administrar los colagogos al objeto de aumentar la secreción biliar y facilitar las deposiciones y los eupépticos y carminativos para favorecer las digestiones y tonizar su organismo.

Agua	175 gramos	
Glicerina.	25	»
Fosfato sódico	6	»
Tintura de cuasia	3	»
Tintura de anís.		

H. s. a. poción.

28 de Febrero.—La digestión de los alimentos se verifica con facilidad, pero subsiste la inapetencia. El abultamiento abdominal es mayor, la circulación suplementaria más aparente. Estando el enfermo en decúbito supino, la percusión, siguiendo la línea alta, acusa macidez desde 0'05 metros por debajo del ombligo. La región umbilical está sonora y los vacíos oscuros desde el nivel de la línea mamaria hacia fuera. Continúan las píldoras azules y los papeles con bicarbonato sódico y oxalato de cerio.

6 de Marzo.—El enfermo tolera perfectamente los preparados mercuriales, por lo que insistimos en el uso de los mismos, administrando los calomelanos á dosis refractas:

Calomelanos al vapor.	0'05 gramo
Azúcar	1 »

Divídase en papeles núm 4.

Prescribióse nuevamente la fórmula con glicerina y fosfato de sosa.

9 de Marzo.—Polidipsia. Lengua roja, sobre todo en la punta y bordes. Digiere bien. Verifica tres deposiciones diarias de consistencia semilíquida, precedidas de borborigmos. La orina no es tan encendida y su cantidad ha sufrido muy ligeras variaciones. El color del rostro es más blanco. Sigue la misma fórmula.

10 de Marzo.—Nuevamente ha ensayado la carne, habiéndose acompañado de intolerancia, como la otra vez. Los dolores al nivel del epigastrio han sido muy intensos, irradiándose hacia el hipocondrio derecho, región interescapular y hacia las ingles. Han cesado con el vómito.

12 de Marzo.—La lengua está cubierta por una gruesa capa de saburra. Tiene náuseas y dolor en el hueco epigástrico. Hace dos días que no ha evacuado.

Agua	125 gramos
Citrato de magnesia.	25 »
Jarabe de cidra	30 »

H. s. a. poción.

Sigue la fórmula con glicerina y fosfato sódico.

13 de Marzo.—Ha evacuado abundantemente, habiendo desaparecido sus molestias gástricas.

15 de Marzo.—El análisis de la orina ha descubierto la existencia de la urobilina. Están por consiguiente alteradas las células hepáticas.

16 de Marzo.—No hay ptialismo, ni ningún síntoma de intoxicación mercurial. Continuaremos empleando los preparados mercuriales asociándolos á los yoduros á pequeñas dosis en un principio, al objeto de favorecer su tolerancia. Suspendiéronse las píldoras azules, administrándose fricciones con la pomada hidrargírica.

Pomada mercurial terciada. . . 30 gramos

Para fricciones.
Aparte.

Agua de tilo. . . . . 150 gramos
Yoduro sódico. . . . . 0'50 gramo
Jarabe de cidra . . . . . 30 gramos

H. s. a. poción.

17 de Marzo.—Ha tenido náuseas y vómitos biliosos, epistaxis y esputos hemoptoicos. Probablemente serán debidos á no haberse tolerado el yoduro, por cuyo motivo le suspenderemos de momento. Lo que ahora importa es aumentar la secreción biliar y descargar al hígado, para cuyo objeto están indicados los calomelanos, ruibarbo, etc.

Calomelanos al vapor . . . . . 1 gramo
Azúcar . . . . . 2 gramos

D. en 8 papeles. Uno cada 3 horas.

18 de Marzo.—No han repetido las náuseas y vómitos; se ha calmado la excitabilidad gástrica. Efectúa una deposición diaria.

21 de Marzo.—Aumenta la ascitis. El abdomen tiene 89 centímetros de circunferencia al nivel del ombligo, y 96 por encima. La punta del corazón late en el 4.° espacio, 0'01 metro por dentro de la tetilla izquierda. El límite superior de la matidez hepática empieza al nivel de la línea mamaria, en el borde superior de la 5.ª costilla. Insistiremos nuevamente en la medicación yodurada, pero á dosis pequeñas para establecer su tolerancia.

Agua de tilo . . . . . 150 gramos
Yoduro sódico. . . . . 0'50 gramo
Jarabe de cidra. . . . . 30 gramos

H. s. a. poción

22 de Marzo.—Estando regularizadas las vías digestivas prescribiremos los calomelanos asociados á la escila.

Polvos de escila . . . . . } 0'30 gramo
Calomelanos . . . . . } 0'30 gramo
Extracto de taraxacon . . . . } 0'30 gramo

D. en 8 píldoras. Una cada 2 horas.

24 de Marzo.—Tiene dolores difusos por todo el abdomen con irradiaciones á ambos hipocondrios. La cantidad de orina está ligeramente aumentada.

Agua	150 gramos
Espíritu de nitro dulce	1'50 gramo
Jarabe de diacodión	30 gramos

H. s. a. poción.

26 de Marzo.—Ha aumentado la intensidad de los dolores abdominales. Efectúa 4 ó 5 deposiciones al día, en cantidad abundante las primeras y escasa las últimas. Es preciso dar calma al tubo digestivo, favorecer la diuresis y sostener las energías del enfermo. Fué prescrita por el Profesor clínico la siguiente fórmula:

Analgesina	3 gramos
Cafeína	0'20 gramo
Alcanfor.	

D. en 6 sellos.

29 de Marzo.—Las deposiciones no fueron ayer tan numerosas. El dolor abdominal es más remiso. Prescribiéronse nuevamente les calomelanos asociados á los yoduros, administrando el de litio para que fuera más fácilmente tolerado y el de hierro para tonizar al enfermo.

Protocloruro de hidrargirio. . .	0'05 gramo
Azúcar	1 »

Dividido en papeles n.º 3.

Por la tarde del mismo día se prescribió:

Agua	180 gramos
Yoduro de litio	2 »
Yoduro ferroso	0'36 gramo
Jarabe de paulinia	30 gramos

H. s. a. poción.

5 de Abril.—Sigue aumentando la ascitis. La medicación del abdomen al nivel del ombligo acusa 0'96 metro de circunferencia. La matidez, siguiendo la línea alba, empieza en el ombligo. Los vacíos están insonoros. Ningún resultado hemos obtenido con los

calomelanos, á pesar de que los terapeutas le reconocen un poder diurético y colagogo. Suspenderemos los mercuriales y administraremos los diuréticos asociados á los yoduros, para aumentar la secreción urinaria y combatir el proceso esclerótico del hígado.

Cocimiento parietaria.	160 gramos
Yoduro litina	1 gramo
Acetato sódico.	2 gramos
Jarabe de paulinia	30 »

H. s. a. poción.

7 de Abril.—Tiene estreñimiento. La secreción urinaria no ha aumentado. Insistiremos en el uso de los diuréticos, administrando además un colagogo.

Cocimiento de estigmas de maíz .	300 gramos
Vino diurético de Trousseaux . .	30 »

Aparte.

Coleato sódico.	0'30 gramo
Excipiente idóneo	c. s.

D. en 3 píldoras. Una antes de las comidas. Al objeto de favorecer el movimiento intestinal.

8 de Abril.—Las deposiciones son más numerosas, pero la cantidad de orina sigue igual.

12 de Abril.—Disminuye la cantidad de la orina. Tiene estreñimiento, estando indicada la medicación purgante para vencerle

Agua	300 gramos
Crémor tártaro	20 »
Tintura de anís	1 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

H. s. a. poción.

17 de Abril.—Tuvo ayer escalofríos repetidos, seguidos de elevación térmica y de tos seca en un principio y húmeda actualmente. Á la auscultación se perciben estertores de medianas burbujas diseminados por todo el pecho. Trátase de una bronquitis aguda en primer período ó de crudeza. ¿Cuál es la causa? Nada tiene que ver con las lesiones hepáticas, debiendo más bien considerarse como un proceso intercurrente. Probablemente fué debida á

que, estando las ventanas abiertas al descender el enfermo de la cama, recibió una corriente de aire. Como se trata de una bronquitis «a frigore» y nos hallamos todavía en su primer período, los fármacos más indicados son los diaforéticos.

Infusión de violetas	200 gramos
Acetato amónico.	3 »
Rob de saúco	30 »

H s a. poción.

20 de Abril.—La tos es intensa y se acompaña de dolor pungitivo en el pecho, principalmente hacia su parte superior. La expectoración es escasa. Percíbense estertores húmedos á la auscultación, pero son más discretos. Fué prescrita por el Profesor clínico la siguiente fórmula:

Agua de tilo	150 gramos
Codeína	0'05 gramo
Agua laurel cerezo	3 gramos
Bicarbonato sódico	2 »
Jarabe balsámico del Tolú . . .	30 »

H. s. a. poción.

24 de Abril.—Los accesos de tos son muy raros, poco intensos y de una sola sacudida. Percíbense algunos estertores sibilantes finos al final de la inspiración.

27 de Abril.—Ha terminado por curación el catarro bronquial. Tiene inapetencia y diarrea; verifica 7 ú 8 deposiciones diarias. Su rostro vuelve á tomar un tinte oscuro. La ascitis sigue estacionaria. La cantidad de orina no aumenta. Insistiremos en los diuréticos.

Cocimiento raíz de caña	300 gramos
Acetato potásico	3 »
Jarabe puntas de espárrago . . .	30 »

H. s. a. poción.

30 de Abril.—Tiene alternativas de diarrea y estreñimiento, siendo en la actualidad este último el que molesta al enfermo. La cantidad de orina sigue disminuyendo, mientras que la ascitis aumenta. Administraremos el coleato sódico para desengurgitar el hígado y mover el vientre, y la medicación yodurada.

Coleato sódico.	0'30 gramo
Excipiente idóneo	c. s.

D. en 3 píldoras.
Aparte:

Agua de tilo	150 gramos
Yoduro sódico.	1 gramo
Jarabe puntas de espárrago. . .	30 gramos

H. s. a. poción.

2 de Mayo.—La medición del abdomen al nivel del ombligo acusa 96 centímetros de circunferencia y por encima algo más de un metro. Conserva característica la forma llamada *abdomen de batracio,* aplanado en el centro, ensanchado hacia las zonas laterales. Las venas subcutáneas abdominales son flexuosas y aparentes.

La respiración es difícil, de tipo costotorácico y frecuente; el pulso débil y también frecuente. Aparece la cianosis en los labios y empieza á dibujarse en el tercio superior de las uñas. De todo esto se deduce que los obstáculos á la circulación, determinados por el derrame peritoneal, son enormes; y que si no procuráramos disminuirlos ó vencerlos, el corazón bien pronto perdería su fuerza, su energía contráctil, y entonces sobrevendría la muerte. Ahora bien: para vencer las resistencias circulatorias, el único medio que poseemos es dar salida al exudado peritoneal, acudiendo para ello á la paracentesis. Los trastornos funcionales son, pues, en este momento, los que prestan la indicación para dicha maniobra quirúrgica.

Fué practicada por la tarde la punción del abdomen, obteniéndose una gran cantidad de líquido claro, amarillento. Inmediatamente procedióse á la exploración del hígado y bazo. La glándula hepática rebosa en totalidad el reborde costal, y ofrece tres nódulos duros, irregulares, ásperos, uno junto á la línea axilar derecha y dos por dentro de la dicha línea, siendo el más interno de los mismos muy próximo á la línea alba. No hay esplenomegalia.

4 de Mayo.—El enfermo está enflaquecido, demacrado; su piel está desprovista de tejido grasoso subcutáneo. Está soporoso, indiferente á cuanto le rodea y con los ojos casi siempre cerrados. Su pulso es pequeño y frecuente. Administróse una poción estimulante.

Cocimiento quina calisaya . . .	200 gramos
Licor amoniacal anisado. . . .	1 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

H. s. a. poción.

Siguen las píldoras con coleato sódico.

6 de Mayo.—Sigue el sopor. Vuelve á abultarse el abdomen. Tiene sudores nocturnos abundantes y difusos. El principal objetivo de la terapéutica ha de ser el desengurgitar el hígado, pues existiendo ya intoxicación biliar, si no podemos lograr que los productos elaborados por la glándula hepática sean eliminados al exterior, seguirá su absorción y progresará la colemia, ocasionando la muerte. Para cumplir con estas indicaciones adminístrese la fórmula siguiente:

Yoduro de almidón	0'15 gramo
Coleato sódico	
Exc.	c. s.

D. en 3 píldoras.

7 de Mayo.—Pulso débil y frecuente, secreción urinaria escasa, edema de las piernas. Aumento de la ascitis. Es preciso sostener las energías cardíacas y favorecer la diuresis.

Cocimiento de estigmas de maíz.	300 gramos
Tintura de *strophantus hispidus*.	1 gramo
Acetato potásico	3 gramos
Jarabe puntas de espárrago. . .	30 »

H. s. a. poción.

9 de Mayo.—Ofrece su fisonomía una impresión más animada. Ha tenido nuevamente algunos escalofríos de poca intensidad y tos que continúa siendo seca y poco frecuente. Seguramente se trata de una bronquitis debida á un enfriamiento, lo mismo que en el caso anterior.

Cocimiento de felandrio	200 gramos
Jarabe de Lamouroux.	30 »

H. s. a. poción

11 de Mayo.—Ha cesado la tos. Tiene estreñimiento.

Agua hervida	150 gramos
Tintura áloes compuesta. . . .	2 »
Jarabe de culantrillo	30 »

H. s. a. poción.

Al objeto de mover el vientre y favorecer las digestiones.

13 de Mayo.—Ofrece dolores de carácter pungitivo, que se exacerban por la presión en el vacío izquierdo, alrededor del punto donde se practicó la punción. Probablemente se trata de una *peritonitis circunscrita* determinada por la punción. Aplicóse la siguiente pomada:

Vaselina.	20 gramos
Ácido bórico	2 »

16 de Mayo.—Hay retracción inspiratoria que abarca los espacios 3.º, 4.º, 5.º y 6.º. La punta del corazón late con fuerza en el 3.er espacio intercostal. Siguen los desórdenes digestivos. Hay intolerancia por la leche, que le provoca diarrea, efectuando 10 ó 12 deposiciones diarias, de consistencia líquida. Sigue aumentando la ascitis. El abdomen ofrece un metro de circunferencia al nivel del ombligo. La ictericia es muy pronunciada.

10 de Junio.—La demacración es extrema. El enorme desarrollo de la ascitis ha obligado á una nueva punción abdominal, con la cual se ha obtenido una gran cantidad de pus de aspecto turbio.

20 de Junio.—Pulso débil y frecuente, pero rítmico. Cantidad de orina muy escasa y de coloración oscura. Ha tenido un síncope. El edema se ha propagado á los muslos, escroto y pene.

29 de Junio.—La punta del corazón levanta con fuerza el 3.er espacio intercostal, propagándose su choque de un modo difuso al 4.º y 5.º. En el foco de la válvula mitral el primer ruido está reforzado y el segundo convertido en un soplo suave. Vuelve nuevamente á aumentar la ascitis.

1.º de Julio.—Pulso frecuente (120 pulsaciones por minuto), los latidos de las carótidas levantan los esterno-cleido-mastóideos. Se observan los latidos de la facial en el ángulo del maxilar. Tiene 28 respiraciones por minuto, estando la respiración limitada á las partes superiores del pecho.

Ictericia muy pronunciada. El edema ha invadido la cara posterior del tronco. Está soporoso, soñoliento, ojos constantemente cerrados; no responde á las preguntas que se le dirigen. Parece absolutamente insensible á las impresiones del mundo exterior.

2 de Julio.—Ha fallecido.

El examen de la glándula hepática verificado después de la autopsia permitió comprobar la existencia simultánea de ambas formas de cirrosis atrófica é hipertrófica. Comprobóse también la existencia de algunos focos de peritonitis circunscrita.

J. Solé y Forn.