

CLINICA INTERNA

Vómitos incoercibles con acetonemia, como complicación de la Escarlatina.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Sabéis por experiencia propia las dificultades con que á veces tropieza el médico á la cabecera de un enfermo, cuya afección principal le es ya conocida, para poder apreciar y valorizar nuevos signos que salen del síndrome que la caracteriza, y que no son sino reveladores de una complicación que ha sobrevenido, de un modo más ó menos encubierto, como sucede muy particularmente en las fiebres eruptivas.

La perplejidad del médico es tanto más grande en este caso, cuanto que habiéndose empeñado en hacer el diagnóstico de la complicación, no puede fundarlo debidamente, debido á que, por una parte, no corresponde el cuadro que estudia á ninguna de las complicaciones señaladas por la observación de nuestros maestros; y por otra, á que muchos de los signos que estudia son comunes á otras entidades patológicas, y pueden inducirle á error, si sólo tiene en consideración los más ostensibles. Para poder evitar este error, necesita hacer un estudio atento, no solamente de los órganos y funciones que parezcan estar comprometidos, sino también de las perturbaciones metabólicas del organismo, para lo cual es preciso hacer con el mayor cuidado el análisis químico y microscópico de la orina.

El caso que tengo la honra de relatar en este imperfecto estudio, me ha parecido digno de ser conocido; porque no ha llega-

do á mi noticia de que se haya consignado, en nuestra literatura, la complicación á que hago referencia.

En el curso de mi exposición, y procurando dar cierto orden á lo contenido en estas líneas, comenzaré por relatar la historia clínica de mi enfermita, y me permitiré llamar la atención sobre los signos extraordinarios que observamos, y que nos llegaron á preocupar, al Sr. Dr. José María Gama, que se sirvió acompañarme, ayudándome con las luces de su experiencia. Procuraré en seguida fundar el diagnóstico de la complicación, diferenciándola de otras entidades morbosas con las que pudiera confundirse, así como el de la recaída y accidentes que la acompañaron hasta su terminación. Señalaré el tratamiento terapéutico é higiénico que creímos racional, haciendo, para terminar, algunas consideraciones acerca de la patogénesis y de las condiciones especiales de la enferma, que favorecieron su aparición.

La niña C., de siete años y medio de edad, regularmente constituida, inteligente y suficientemente desarrollada para su edad, viene de cepa neuro-artrítica bien averiguada. Del lado paterno: el papá y el abuelo han tenido manifestaciones de artritismo: arterioesclerosis, jaquecas, arenillas úricas, etc. El abuelo murió á consecuencia de cálculos renales. Del lado materno: en algunos de los ascendientes y colaterales han existido neurópatas.

La niña nació bien, de talla y peso normales; la lactancia materna duró diez y ocho meses; pero debo hacer notar que durante este tiempo la capacidad digestiva de su tubo gastro-intestinal no pudo adaptarse convenientemente á la leche materna, á pesar de que la mamá había amamantado con buen éxito á sus hijos anteriores. El destete fué difícil, tanto por la existencia de una colitis mucromembranosa de carácter crónico, como porque la niña padecía accesos de apnea, que se terminaban casi siempre por convulsiones generalizadas y pérdida del conocimiento; estos accesos, que duraban algunos segundos, se iniciaron desde la edad de cinco meses y desaparecieron con el crecimiento, á la edad de tres años y meses. Padeció también á los cinco años, tos ferina, grave.

La escarlatina que afectó á esta niña puede decirse que no tuvo período prodrómico apreciable; pues lo primero que llamó la aten-

ción de la familia fué la aparición de la erupción en la cara y en el cuello; comprobóse luego la existencia de la angina y exantema con sus caracteres especiales. La erupción difusa y punctiforme llegó á su apogeo al cuarto día de haberse iniciado; la temperatura, después de haber oscilado entre 38° y $39^{\circ}2$, alcanzó la cifra de 40° centígrados para descender bruscamente hasta $37\frac{1}{2}^{\circ}$ al siguiente día, cuarto de la invasión.

El estado general satisfactorio, y el examen de los diversos órganos y de sus funciones, no revelaban nada extraordinario que hiciera temer sobreviniera alguna complicación. En suma, podía decirse que esta escarlatina correspondía al grupo de las que afectan la forma de *mediana intensidad*.

Contra toda previsión, y á pesar de los cuidados en la dietética, tratamiento é higiene aconsejados por la experiencia; nuestra enfermita pasó la noche del cuarto día, intranquila, con malestar. Empezó á vomitar los alimentos que ingería con repugnancia, diciendo que le sabían muy mal, porque su boca estaba impregnada de un olor repugnante, que comparaba al del cobre. Al día siguiente, quinto de la invasión de la escarlatina, tuvo dos evacuaciones, precedidas de ligeros cólicos intestinales, no abundantes, grumosas y pastosas, con algo de moco, ligeramente verdosas y de un olor agrio especial, completamente distinto del que generalmente tienen las evacuaciones por indigestión ó por putrefacción del contenido intestinal. Desde esos momentos el estado alarmante que gradualmente, pero con rapidez relativa, fué presentando la niña hasta llegar á su apogeo al sexto día de haberse iniciado, fué el que procuraré describir, señalando los signos dominantes.

Vómitos incoercibles que fueron el síntoma dominante y que no cesaron hasta el fin de la complicación: todo lo que se hacía penetrar al estómago, aun el agua pura, era expulsado inmediatamente después. Las materias vomitadas, al principio alimenticias, estaban formadas después de un líquido viscoso, teñido de amarillo por la bilis y de reacción manifiestamente ácida. El estado nauseoso era permanente; aun cuando nada se hubiera ingerido, había gana de vomitar y vómitos; bastaba con que la niña se sentara en la cama, ó le hicieran sacar la lengua, para que el estómago se contrajera.

Este estado sumamente penoso, duró sin la más pequeña tregua hasta su brusca desaparición.

Los alimentos eran rehusados, la sed vivísima, la lengua y labios secos, con ligero depósito saburral. Nada notable del lado del hígado. No había diarrea, al contrario, cierto grado de constipación.

La temperatura, como lo hace ver la cuadrícula adjunta, oscilaba entre $36^{\circ}7$ y 37° . El pulso frecuente y regular al principio, fué retardándose y haciéndose débil cada día que transcurría. La respiración algo frecuente é irregular. El examen del corazón y de las vías respiratorias, no revelaba nada anormal.

Desde el principio de la crisis, el aliento exhalaba un olor característico de acetona; es el olor que da el cloroformo mezclado con un poco de ácido acético; este olor se percibe fácilmente cuando se aproxima uno al enfermo y se procura que respire con la boca abierta. Las personas que atendían á la niña lo percibían diciendo que lo sentían como agrio. La orina, recientemente emitida, tomó un olor idéntico, aunque más débil, el que desapareció después de cierto tiempo, sea por evaporación ó por fermentación. A medida que la complicación avanzaba, la diuresis disminuía de un modo notable, y pequeña cantidad de orina era emitida en las 24 horas (hasta 400 y 300 centímetros cúbicos respectivamente, en los dos últimos días). En los últimos días, la orina era muy turbia y dejaba depositar notable cantidad de sedimento de color blanco, ligeramente amarillento.

El análisis químico y microscópico fué practicado por el Sr. Prof. D. Emilio del Raso, de cuyo análisis me permito consignar en este lugar los siguientes datos:

ORINA DE LA NIÑA C.

Volumen recibido.	. . . . .	230 centímetros cúbicos.
Color.	. . . . .	amarillo claro—núm. 2, escala Vögel.
Olor.	. . . . .	aromático.
Aspecto.	. . . . .	muy turbio.
Densidad.	. . . . .	1.030.
Reacción.	. . . . .	ácida.

Urea	48.00 gramos por litro.
Acido fosfórico total (en Pho. ⁵)	5.60 " " "
Cloruros (en Na. Cl.)	2.00 " " "
Acetona	Sí había, en notable cantidad.

No había ninguna de las substancias siguientes:

Albúmina, Glucosa, Mucina, Indican (Escatoxil-Sulfato de potasio), Urobilina, Hemoglobina, Pigmentos biliares.

SEDIMENTOS.

Cantidad	muy abundante.
Aspecto	pulverulento.
Color	blanco.
Consistencia	sólida.

EXAMEN MICROSCÓPICO.

1º Elementos no organizados:

Uratos de sodio y amonio muy abundantes, constituyendo la totalidad del sedimento.

2º Elementos organizados:

Células epiteliales	no había.
Glóbulos rojos	no había.
Leucocitos	había uno que otro.
Cilindros renales	no había.
Cilindroides	no había.

A medida que el mal progresaba, observábamos una perturbación profunda de la nutrición: la enferma se enflaquecía rápidamente, el vientre excavado, la piel marchita, la cara adelgazada, los carrillos rojos, por perturbación del sistema vaso motor, los ojos hundidos, rodeados de círculos sombríos, la mirada angustiosa, la nariz afilada; la facies tenía, en suma, mucho del carácter coleriforme. Añádase á todo esto la ansiedad y agitación extremadas y un que-

jido constante, y se tendrá idea del cuadro tan alarmante, que no puede corresponder sino á una intoxicación, originada por una perturbación profunda de la nutrición.

La duración fué de seis días; la curación casi instantánea. La niña que antes vomitaba todo, pudo al sexto día conservar y digerir la leche que tomaba. El olor acetónico desapareció lo mismo que la acetona de la orina; ésta recobró luego su aspecto y composición química normales. La convalecencia que parecía franca, fué más bien aparente que real; puesto que á los quince días de haber desaparecido aquel cuadro alarmante, volvió á aparecer, y con mayor intensidad.

En la recaída el síndrome, aunque fundamentalmente el mismo que en el ataque anterior, se distinguió del primero por la adición de nuevos signos, tanto á la invasión como á la terminación de la crisis. Las mismas evacuaciones ligeramente verdosas como la primera vez, precedieron unas cuantas horas á los vómitos, que abrieron la escena; pero en esta ocasión fueron acompañados de dolores agudos, de carácter neurálgico en diversas regiones del cuerpo, particularmente en el tubo intestinal (enteralgia) y en el lado izquierdo del tórax (neurálgias intercostales). El pulso llegó á ser muy frecuente y débil (150 pulsaciones) revelando un desfallecimiento alarmante del músculo cardiaco. La orina llegó á escasearse á tal grado, que al fin de las últimas 24 horas del penúltimo día sólo fueron emitidos 150 centímetros cúbicos. A estos fenómenos verdaderamente graves, se sobreañadieron el delirio, flaccidez de los miembros; la cabeza no podía sostenerse. El estupor empezó á iniciarse, acompañado de contracturas de las extremidades y de estrabismo. Las pupilas igualmente dilatadas, reaccionan á la luz.

Felizmente, al cabo de seis días, como en la primera vez que se presentó este cuadro, se desvaneció con la misma rapidez; y la niña, aunque muy debilitada, entró en convalecencia larga y delicada, pero franca en esta ocasión.

El diagnóstico de esta complicación, como se comprenderá, es de los que requieren el tiempo indispensable para poder fundarlo con certidumbre, lo cual nos pareció haber conseguido, cuando estuvimos en posesión de los signos principales ya enunciados, y después

de haber leído una comunicación del Profesor A. B. Marfán, que se refiere á los vómitos con acetonemia, observados en niños neuroartríticos, en apariencia sanos.

Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial, nos fué difícil hacerlo, muy particularmente en la recaída. En primer lugar no esperábamos la repetición de una complicación que había desaparecido en su totalidad. En segundo, nuestra enferma estaba en el día 28 de su escarlatina y los síntomas iniciales de la recaída nos hicieron temer la aparición repentina de fenómenos urémicos; con más razón, si á esto se añade el que existía un dolor gravativo en la región lumbar que se exacerbaba á la presión, y ligero edema de los párpados. Por último, el dolor que también existía en el vientre y que se exacerbaba á la presión, muy particularmente sobre la línea media del mesogastrio, siguiendo el trayecto del colon y acompañado de constipación. Los síntomas de uremia fueron eliminados por el resultado de diversos análisis de la orina, que no solamente revelaban la ausencia de lesión renal, sino que atestiguaban por la gran cantidad de úrea y de uratos eliminados, la permeabilidad de los riñones, así como por la ausencia de signos tan importantes como: el retardo del pulso, y la dilatación y desigualdad de las pupilas, de cefalea, de fotofobia, etc. La suposición de una apendicitis, ó de una oclusión intestinal, pudimos eliminarlas, porque los fenómenos que las caracterizan no llegaron á acentuarse, y pronto pudimos convencernos de la permeabilidad del intestino.

El tratamiento que seguimos se fundó en las indicaciones siguientes:

Sosteníamos las fuerzas de la enfermita, manteniéndola en reposo y convenientemente abrigada. Nuestra medicación fué impotente para calmar los vómitos, pues todos medios aconsejados que pusimos en práctica, fracasaron.

Una de las indicaciones dominantes era, sin duda, suministrar agua al organismo, que se hubiera hundido sin ese líquido indispensable. Esto lo conseguimos en parte administrando lavativas de 150 gramos cada tres horas, unas veces con suero fisiológico, otras con una solución de bicarbonato de sosa.

El día anterior á aquel en que se desvanecieron los síntomas de la recaída, me decidí á inyectar por vía hipodérmica 80 centímetros cúbicos de suero fisiológico, cantidad relativamente grande, si se atiende á las condiciones peligrosas en que estaba la enfermita. El resultado, de pronto, fué el congestionar los riñones, agravando aún más el estado de la niña; pero tengo la convicción de que si no la hubiere practicado, la muerte hubiera sido la consecuencia, pues la anuria era completa hacía 24 horas.

La alimentación procuramos hacerla, sirviéndonos de pequeñas lavativas de leche, caldo y peptonas; este medio, en el caso particular, fué insuficiente por intolerancia del recto.

Otra indicación que nos pareció racional, teniendo en consideración que en los casos de acetonemia la alcalinidad de la sangre disminuye de un modo notable, perturbando seriamente el metabolismo, procuramos llenarla haciendo tomar con cierta frecuencia, cucharadas de agua de Vichy, ó añadiendo bicarbonato de sosa al alimento; lo que no pasaba de ser una ilusión porque todo era expulsado por los vómitos. Más eficaz fué á nuestro juicio la administración de los alcalinos por la vía rectal.

La patogénesis de esta afección es aún muy discutida; pero precisamente porque se hace necesario tener de ella alguna hipótesis que sea más conforme con los hechos observados y con la experimentación, á fin de que podamos explicarnos síndromos como el que dejo relatado, y poder conseguir un tratamiento racional, paso á exponer la teoría que á mi juicio es la que mejor explica la complicación que hemos observado.

Desde el punto de vista etiológico (según Marfán y otras autoridades), los padres de estos niños son neuro-artríticos, los hijos como la enfermita á que se refiere este trabajo, son también neuro-artríticos. En ellos el metabolismo es deficiente y la irritabilidad de su sistema nervioso manifiesta terreno del todo dispuesto para que una fiebre eruptiva, como la escarlatina, origine, por sus toxinas, perturbaciones de nutrición en las células vivas, dando nacimiento, por desintegración de la grasa, á la producción de ácidos oxibutírico, amido-butírico, y diacético cuya producción está en relación con la de la acetona. En estas condiciones la alcalinidad de la sangre dis-

minuye, debido á la formación en la economía de productos ácidos, los cuales se combinan con los alcalinos existentes; al mismo tiempo, y como resultado del aumento de ácidos orgánicos, se pone en libertad el amoníaco, que se combina con ellos y es eliminado por la orina. «Un aumento de amoníaco en la orina es la característica de la intoxicación ácida.»

Esta intoxicación ácida no solamente se observa en la diabetes, sino también en las diarreas estivales de los niños, en la inanición y en muchas enfermedades febriles (según W. H. Allchin, de Londres).

Pongo punto final á estos desaliñados conceptos, cuya lectura espero habrá oído con benevolencia esta ilustre Academia.

México, Junio 28 de 1905.

EDUARDO VARGAS.