

CAS CLÍNIC DE PERICARDITIS EN UN NEN REUMATIC I GREU INSUFICIÈNCIA CARDÍACA AMB EVOLUCIO FAVORABLE

(Exploratorió-radioquimogràfica)

DR. DURAN ARROM

El cas que presentem ací és el d'un nen de 9 anys, patint de reuma des dels 7 i havent estat operat d'amigdalotomia fa uns sis mesos. A la nostra primera observació el nen havia sofert un atac reumàtic de pericarditis. El seu aspecte era llastimós, degut a la dispnea (ortopnea), l'edema molt generalitzat, oligúria i taquicàrdia. Vàrem comprovar el seu estat mitjançant la triada exploratòria, teleradioquimograma i ECG.

La imatge típica de la pericarditis es dibuixa clarament al teleradiograma obtingut el primer dia d'examen (fig. 1).

La fig. 2 representa un quimograma pres amb pel·lícula fixa i reixat en movió. En ell hi veiem l'abolició de les ones sistòlico-diastòliques als llocs de gran vessament i l'aspecte dels moviments respiratoris.

La fig. 3 és un segon quimograma exhibint fenòmens idèntics als de la fig. 2.

En confirmar l'estat greu, reumàtico-pericardític, del pacient fem ús de la medicació Novurit a dosis d'un cc., que ens obre amb rapidesa la via terapèutica per a tractar-lo amb salicilat i calci i curar-lo. El Novurit hi va associat al clorur d'amoníac (després de prèvia digitalització) des de la primera visita, entre altres raons, per generalitzar-se l'edema a les parpelles, escrot i mans tant com a la paret abdominal i extremitats inferiors. La difusió de l'edema ha exigít el No-

vurit amb tota urgència. Una altra raó la va ésser el fet d'haver estat el nen prèviament digitalitzat i tractat amb la medicació clàssica. Degut al compte de la dualitat patogènica de pericarditis renal i flogístico-reumàtica no veïrem més solució que la d'actuar amb mercuri i teofilina (Novurit) si volíem donar entrada a la terapèutica antiflogística (calci) i antireumàtica (salicilats), repòs, tonicardíacs i altres vacunes de complementaris.

Els resultats d'aquesta terapèutica graduada són força visibles en les figs. 5 i 6, teleradiograma i quimograma respectius, presos a les tres setmanes de curs de la infecció i cardiopatia del pacient. El quimograma és reprès amb pel·lícula mòbil i reixat fix i exhibeix nítidament l'ona sistòlico-diastòlica. La quimiografia ens ha servit en aquest cas de bon mitjà diagnòstic i d'orientador terapèutic.

Conclusions: 1.—El cas exposat demostra la insuficiència de l'amigdalectomia en el tractament del reumatisme de focus amigdalí.

2.—La radioquimiografia amb reixat fix i pel·lícula mòbil és poderós auxiliar al diagnòstic dels vessaments pericàrdics i també per a conèixer l'evolució del vessament i estat ulterior del miocardi en reabsorbir-se aquell.

3.—Davant d'un cas d'insuficiència miocàrdica per gran vessament no es pot fer el diagnòstic del grau de disminució funcional de la fibra cardíaca fins esgotar els mitjans de terapèutica avui emprats.

4.—Així mateix, com a deducció de l'anterior, ho és la impossibilitat del pronòstic fins esgotar la terapèutica.

5.—El tractament del vessament obeeix a les dues medicacions principals en aquest cas, ço és, la mercurial o Novurit i la salicílica intensiva, sobirana avui per avui en les formes agudes de reumatisme cardioarticular.

6.—La terapèutica ulterior digitalica, de teobromina, calci i altres, tingué els seus efectes propis.

7.—La intervenció precoç en aquests malalts motiva que la circulació retorni a l'estat de capacitat individual.

(Aquest treball es publicarà «in extenso» en els *Arxius de l'Institut de Medicina Pràctica*.)