

# ACTUALIDADES

## REUMATISMOS INFECCIOSOS

Dr. GUIDO COSTA BERTANI

ENTRE los reumatismos infecciosos por excelencia, debemos colocar en primer lugar al mal llamado «reumatismo poliarticular agudo», y decimos «mal llamado», porque ya se ha desvirtuado el concepto de que es solamente grave la forma clínica caracterizada por la abundancia de localizaciones articulares, la fiebre, el mal estado general y la localización cardíaca. Un cuadro clínico mínimo, de esos que se presentan en forma insidiosa, abarcando solamente una articulación, o como suele ser relativamente común un *talón*, puede ser y lo es, un proceso de fiebre reumática grave, capaz de determinar lesiones cardíacas definitivas. De allí entonces, la necesidad de hacer desaparecer de la nomenclatura médica el término «reumatismo poliarticular agudo», para ser reemplazado por el de «fiebre reumática» o «enfermedad de Bouillaud», que es el que preferimos. Suele denominarse también «enfermedad reumática» o «reumatismo cardioarticular», término con el que estamos en absoluto desacuerdo, dado que presupone la existencia *obligada* de una lesión cardíaca, lo que está muy lejos de ser verdad.

En efecto, nosotros no admitimos la localización fatal del *virus reumático* en el corazón y nos basamos para sostener tal criterio en el hecho, no solamente de nuestra amplia experiencia, sino en las estadísticas publicadas por todos los autores que se han ocupado del asunto (MORQUIO, GRENET, NOBECOURT, MACERA, DELGADO CORREA), quienes al hacer mención de las mismas, hacen presente que un determinado por ciento de los enfermos examinados, presentaban lesiones cardíacas, oscilando las cifras entre el 70 y 80 por 100. Esto significa entonces que existe un remanente de un 20 a 30 por 100 que no presenta lesión cardíaca, hecho digno de destacarse por la significación clínica que representa y que viene en apoyo de nuestras ideas.

Estamos completamente de acuerdo en que la fiebre reumática es una enfermedad de un *cardiotropismo exquisito*, que complica con extraordinaria facilidad el endocardio, generalmente sin distinguir de forma clínica; vale decir, que tanto puede presentarse una endocarditis o una endomiopericarditis con un cuadro poliarticular agudo, como subagudo, insidioso, etc. Ahora, lo que hay de realidad en esto es que, con un cuadro grave de fiebre reumática, la localización articular y la cardíaca son concomitantes, o muchas veces la localización cardíaca es anterior a la articular; en cambio, en las formas insidiosas, con eritrosedimentación baja, la localización articular suele preceder en semanas o meses a la *complicación cardíaca*, y es lógico entonces admitir que, frente a una situación de tal naturaleza, el *virus reumático*, por su predilección a hacer localización cardíaca, se instale allí, solamente por falta de tratamiento o de un buen tratamiento.

Cualquier forma clínica articular debe ser contemplada inmediatamente desde el punto de vista analítico, practicándose una eritrosedimentación, que nos dará la noción acerca de la *situación clínica del proceso*. Relacionado con lo dicho anteriormente, debemos establecer y dejar definitivamente fijado el concepto de que una forma insidiosa, *találgica*, por ejemplo, puede ir acompañada de una eritrosedimentación muy elevada, lo que estaría significando la gravedad del proceso. En estas condiciones, el tratamiento corresponderá al que se podría instituir a una forma «poliarticular aguda febril». Nos interesa que no haya fiebre, ni cuadro clínico infeccioso. Lo que interesa es la cifra de la V. de S. G., y por lo tanto efectuar el tratamiento de acuerdo con ella. Llegará el momento que cada médico deberá practicar personalmente dicho procedimiento, por ser sumamente sencillo y al alcance de cualquiera que desee utilizarlo.

Frente a un enfermo de tal naturaleza, se efectuará un minucioso examen

clínico, investigándose cuidadosamente la existencia de focos sépticos. El foco séptico es de una realidad indiscutible y él es, sin ninguna duda, el causante de la mayoría de los cuadros articulares de este tipo o de otra naturaleza que nos es posible ver. Cualquier foco séptico purulento es capaz de despertar un cuadro articular. Podemos mencionar las amigdalitis, otitis, infecciones dentarias, bronquitis, apendicitis, tifitis, prostatitis, colecistitis, forunculosis, paronidiasis, piodermitis, parotiditis purulenta, sinusitis, etc. De nuestra casuística podemos mencionar el caso de un niño afectado de una otitis gripal, que se complica con una mastoiditis con temperatura de 40°. Intervenido, se comprueba en forma indiscutible la presencia de pus en la mastoide; el postoperatorio transcurre con temperatura alta, que no descendió en ningún momento. Un examen del corazón, demostró la existencia de una lesión cardíaca mitral. Sometido de inmediato a tratamiento con salicilato de sodio a altas dosis, en menos de 24 horas cedió todo el cuadro, curándose completamente el enfermito, quedando como secuela una discreta lesión mitral. Este hecho acaeció hace más de diez años y sabemos que el niño, hijo de un médico, sigue perfectamente bien.

La existencia de los focos sépticos, no significa que podamos probar su relación de causalidad con el cuadro articular; se ha intentado hacerlo mediante procedimientos que van desde «tests» microbianos, con gérmenes extraídos de los focos sépticos, hasta la prueba terapéutica basada en la extracción del foco causante de la enfermedad, procedimiento este último que deberá utilizarse solamente cuando las condiciones del enfermo lo permitan. Y al referirnos a las condiciones del enfermo, queremos significar que solamente autorizamos la extracción de un foco séptico cuando la eritrosedimentación se halle normalizada, y fundamentamos nuestra posición en el hecho de que, si a un organismo altamente infectado como lo sería cuando está la eritrosedimentación elevada, le agregamos un traumatismo operatorio; éste la elevará más aún, pudiendo manifestarse una reagravación del cuadro articular y visceral, que puede llegar a la muerte del enfermo, como acaeciera en un caso nuestro, con motivo de una extracción dentaria.

Basados en estos antecedentes, hemos realizado numerosas eritrosedimentaciones en pacientes a quienes habíamos indicado extracción de focos sépticos en el momento de su «curación clínica», es decir, con V. de S. G. normal. En estas condiciones, se ha podido probar que la eritrosedimentación asciende paulatinamente en un lapso que oscila entre el segundo y el séptimo días, pudiendo llegar a veces a alcanzar la cifra patológica anterior a la mejoría, para luego descender. Quiere decir esto, que ha habido una siembra de gérmenes patógenos que ha infectado nuevamente al organismo. Si en lugar de un estado de «curación clínica», tuviéramos un «estado de infección», puede producirse una grave complicación con riesgo de la vida del enfermo.

Esto no significa que frente a un cuadro articular y cardíaco o de otra naturaleza con eritrosedimentación alta, que no mejora con los tratamientos instituidos, no debemos intervenir el o los focos sépticos, supuestos causantes de la enfermedad. Así podrá hacerse y así se ha hecho, pues no queda otro recurso. En la bibliografía nacional y extranjera es posible hallar casuística de esta naturaleza.

Debemos contemplar ahora las formas clínicas *abarticulares*, es decir, que se caracterizan por la presentación de una localización visceral, generalmente cardíaca, sin su concomitancia articular. Frente a un paciente, un niño o adulto, menor de 30 años, que presenta un cuadro febril, infeccioso, sin manifestaciones clínicas ostensibles que hagan pensar en la posibilidad de otra afección, habrá que tener presente, entre otras cosas, la posibilidad de la existencia de una fiebre reumática, sobre todo si el enfermo es un niño. Podemos mencionar el caso de un niño, internado en el servicio de pediatría del Hospital Alvarez, que se presentó con un síndrome tifódico atípico, incluso con bazo. Lo único que hacía dudoso el diagnóstico de «fiebre tifoidea» eran las serorreacciones negativas. Luego de un mes, se presentó fluxión articular de tobillo y un soplo mitral, que aclaró el diagnóstico: se trataba de una «fiebre reumática abarticular», a «forma septicémica eberthiana», descrita ya en la bibliografía nacional y extranjera, que cedió rápidamente a la medicación salicilada.

Tenemos también las formas «pleurales» primitivas, formas «apendiculares», formas «peritoneales», formas «pulmonares», formas «meníngicas», etc., procesos que deben ser contemplados y medicados en la forma correspondiente. Claro está

que muchas veces es imposible llegar a establecer un diagnóstico frente a una forma visceral poco frecuente. Así, por ejemplo, tenemos el caso de una apendicitis reumática. De entrada es prácticamente imposible llegar a tal conclusión, si no tenemos como elemento de ayuda una fluxión articular, una localización endocárdica o un pasado articular. Podemos mencionar el caso de un enfermo nuestro, que afectado de un cuadro apendicular agudo febril fué intervenido; el postoperatorio transcurrió con temperatura alta, sin que hubiera nada que la explicara. A los dos días, se produjo un cuadro articular y localización mitral que cedió rápidamente a la medicación salicilada. Se trataba de una apendicitis reumática.

Lo mismo ha pasado con las pleuresías que cedían rápidamente a la medicación salicilada. Partiendo de la base de que el salicilato es específico de la fiebre reumática, una pleuresía que cede a esta medicación debe ser reumática. Últimamente la bibliografía nacional ha insistido en este asunto.

### Tratamiento

La medicación clásica de la fiebre reumática es el salicilato de sodio; es y seguirá siendo por mucho tiempo el medicamento específico de esta enfermedad, que permite la obtención de magníficos resultados, usado en forma conveniente.

Numerosas veces hemos sostenido que el salicilato de sodio se utiliza en forma desmedida y mal. Frente a cualquier dolor articular, a lo primero que se recurre es al salicilato de sodio, usado en dosis variables, y ante el fracaso de la medicación, en lugar de pensar que no correspondía la misma, se incrimina a ella la falta de acción terapéutica.

El salicilato de sodio es un medicamento absoluto y netamente específico de la fiebre reumática. Utilizado en cualquier otro cuadro, fracasará irremediablemente. Y para poder obtener beneficio del mismo, es necesario utilizarlo en dosis convenientes y de acuerdo a normas perfectamente establecidas y que hemos dado a conocer en numerosas ocasiones. Ante todo, corresponde dilucidar la forma clínica a que pertenece el cuadro, para ubicar de esta manera las dosis correspondientes. Se partirá de la base de que «todo cuadro articular, febril o no, será calificado de fiebre reumática mientras no se demuestre lo contrario». En efecto, frente a un enfermo que presenta un cuadro articular, cuyo examen clínico no nos muestra evidencias indiscutibles de la existencia de otra etiología en causa, corresponde la medicación salicilada de inmediato, a objeto de evitar o tratar de evitar que avance una lesión cardíaca ya instalada. Así, por ejemplo, frente a un enfermo poseído de un proceso articular agudo, subagudo, parcial o insidioso, en el que no encontramos elementos que nos obliguen a desechar la posibilidad de la existencia de una fiebre reumática, el salicilato de sodio utilizado en forma conveniente nos permitirá la obtención de una rápida mejoría, que se convertirá en rápida curación, si se sabe aprovechar la medicación.

Para ello hay que tratar de establecer la forma clínica exacta que padece el paciente. Es así que, aun cuando se trate de una forma cuyo cortejo clínico no es aparatoso, es obligatorio la utilización de una eritrosedimentación que nos dará la noción justa de la gravedad del proceso. Ya hemos dicho más arriba, que es común la observación de enfermos que poseyendo un cuadro articular simplemente artrálgico, poseen una eritrosedimentación elevada. En este caso, la utilización de dosis pequeñas de salicilato de sodio determinará el fracaso terapéutico. Es necesario entonces proceder a tono, no con el cuadro clínico sino con el índice seidimétrico y entonces se verá como la medicación actúa, y actúa en forma harte eficiente.

En general, frente a un cuadro «poliarticular agudo febril» corresponde la utilización de altas dosis de salicilato de sodio mediante las tres vías que mencionaremos, a este lo denominamos la «prueba terapéutica salicilada de las 24-48-72 horas». Emplearemos, por ejemplo, 12 a 14 gramos por vía bucal; 2 gramos endovenosos por la mañana y 2 gramos endovenosos por la tarde, y 10 a 12 gramos de salicilato por vía rectal, gota a gota, en solución isotónica de 23'20 gramos por mil, en agua destilada, de acuerdo a lo preconizado por el Prof. BELLRICH. Totalizamos de esta manera 26 a 30 gramos de salicilato de sodio en las 24 horas, dosis perfectamente tolerable si se sabe utilizar. Podemos mencionar el caso de un paciente a quien para yugular un grave cuadro de esta naturaleza indicamos 35 gramos, por 3 vías, durante 35 días; caso que fué publicado en su oportunidad. De

la misma manera podemos mencionar otro caso a quien se le medicó con 1460 gramos de salicilato de sodio, también por 3 vías, en el lapso de 3 meses, con perfecta tolerancia, debiendo deducirse de estos 90 días, más de 20 días, en los cuales no tomara la medicación, lo que significa más de 20 gramos por día.

Al hablar de la prueba salicilada de las 24-48-72 horas buscamos la obtención de una rápida mejoría, lo que evidenciaría, de tratarse de una fiebre reumática, la certificación del hecho. No hay que olvidar que la sintomatología clínica de los cuadros articulares de diversa etiología es muchas veces muy semejante, al punto que es prácticamente imposible poder discernir, frente a un cuadro poliarticular agudo, febril si se trata de la iniciación de un «reumatismo séptico focal» (que no se deja influenciar por salicilato de sodio) o de una fiebre reumática. En estas condiciones, la prueba salicilada es ideal, pues tratándose de una fiebre reumática la mejoría dentro del lapso indicado es tan aparatosa que no deja lugar a dudas.

Hemos sostenido y sostenemos que frente a un cuadro poliarticular agudo, febril grave, infeccioso, sin lesión cardíaca, ningún clínico sería capaz de negar la posibilidad de una fiebre reumática (por la falta de la lesión cardíaca) y dejar de utilizar el salicilato de sodio.

Verificada la «prueba terapéutica» y conseguidos los resultados apetecidos, se continuará con la medicación en las mismas condiciones mientras la V. de S. se mantenga elevada; V. de S. que se repetirá cada 10 días. Como es sabido que en esta afección baja rápidamente, al punto que la hemos normalizado en menos de un mes, se regirán las dosis de acuerdo a las cifras obtenidas.

Frente a un cuadro agudo, sin caracteres de gran gravedad y con eritrosedimentación medianamente elevada (índice de Katz, por ejemplo, de 40) utilizamos la vía bucal y endovenosa solamente, empleando, por ejemplo, 14 a 16 gramos por boca y 1 gramo por la mañana y 1 gramo por la tarde, endovenosos. Con los demás cuadros se procederá en la misma forma, disminuyendo las dosis según sea menor la gravedad del proceso.

Como es lógico pensar, cada enfermo hace su cuadro articular y hay multitud de circunstancias que harán variar las formas y dosis de utilización. Una cosa es un enfermo ya salicilado, a quien le ha quedado una intolerancia para la medicación, y otra cosa es un enfermo que nunca ha tomado medicamentos. En los casos de gran intolerancia gástrica, recurrimos a la vía rectal en forma de enema gota a gota, a razón de 40 gotas por minuto, dos horas sí y dos horas no, de una solución de salicilato de sodio de 23,20 gramos por mil en agua destilada. Vía de administración muy interesante, ha sido mal utilizada y mal entendida. Desde el colega que utiliza el salicilato en suero fisiológico, hasta aquel que lo utiliza sin discriminación, hay todas las variaciones. No hay que olvidar que el salicilato por vía rectal se absorbe en forma pura, vale decir que es exactamente como si se tomara por la boca. Quiere decir entonces que al absorber el organismo tan alta cantidad de salicilato de sodio, se producirán en el mismo graves fenómenos de acidosis o intoxicación salicilica que han hecho perder su prestigio a tan eficiente medio terapéutico. Nosotros lo empleamos, pero siempre utilizando los «antídotos salicílicos», que consisten en la alcalinización del organismo, hepatoterapia, gluconato de calcio, vitamina C e insulina; conjuntamente administramos grandes cantidades de líquidos (si los emunctorios lo permiten), hidratos de carbono, dulces, y vigilancia médica estricta, y podemos afirmar que nunca hemos tenido inconvenientes a pesar de las altas dosis utilizadas. Lo que decimos para el gota a gota rectal, lo decimos para las dosis empleadas por vía bucal.

En algunas ocasiones la utilización del gota a gota determina fenómenos de irritación de la mucosa rectal; utilizamos para esto la sonda de Nélaton, que se cambiará de sitio en cada aplicación de 2 horas, y agregamos al líquido láudano de Sydenham, XX o XXX gotas.

Se ha dicho que el salicilato por vía endovenosa determina la esclerosis de las venas y que su beneficio terapéutico no es mayor que el medicamento por vía bucal. Negamos rotundamente tal afirmación y afirmamos en forma absoluta que la medicación salicilada endovenosa no solamente no esclerosa las venas, sino que en muchas ocasiones tiene caracteres de heroica. Se ha visto que la utilizamos en forma amplia, a razón de 2 gramos por la mañana y 2 gramos por la tarde, *sin ningún inconveniente*, pudiendo mencionar el caso de un enfermo que

asistimos hace más de 10 años, a quien le hemos practicado más de 600 inyecciones de salicilato de sodio endovenoso en el lapso transcurrido.

Se requiere solamente para que la medicación sea inofensiva para la vena, que se utilice una solución de salicilato de sodio al 10 por 100, con glucosa al 10 por 100, en agua destilada. De esta manera aseguramos que la vena no sufrirá en absoluto.

Se han preconizado otros procedimientos de utilización del salicilato de sodio, como son el gota a gota mediante sondaje duodenal y la inyección subcutánea de la solución al 23,20 por mil, vías que no utilizamos por estar ampliamente satisfechos con las vías que preconizamos. De cualquier manera, son procedimientos a tener en cuenta en casos de necesidad.

Hemos utilizado también las transfusiones de sangre saliciladas en casos muy graves o rebeldes de fiebre reumática. Empleamos cantidades de sangre que oscilan entre los 200 y los 400 gramos, con 4 y 6 gramos, respectivamente, de salicilato de sodio, inyectado gota a gota por el procedimiento de la ampolla de suero invertida. Con el doctor ALFONSO LÓMBARDI, hemos publicado oportunamente los benéficos resultados obtenidos.

El piramidón lo utilizamos por excepción; basados en nuestra experiencia consideramos infinitamente muy superior el salicilato de sodio al piramidón, en el tratamiento de la fiebre reumática y podemos afirmar que hemos tenido enfermos que han tolerado 26 gramos de salicilato de sodio por día, y no han tolerado 2 gramos de piramidón diarios.

En estos últimos tiempos nos ha sido posible leer algunos trabajos que se refieren a la utilización del bicarbonato de sodio conjuntamente con el salicilato, sosteniendo que disminuye el índice de salicilemia sanguíneo, de donde se deduciría la no conveniencia de utilizar dicho producto. Jamás hemos tenido ocasión de comprobar tal hecho, desde el punto de vista clínico, en los numerosos años que llevamos en la especialidad, y, por el contrario, sí hemos visto hacer tolerar el salicilato de sodio en enfermos que no lo toleraban por la falta del agregado del bicarbonato. Fuera de la extraordinaria dificultad que significa practicar el índice de salicilemia sanguínea, no solamente en la práctica privada sino en el medio hospitalario en que actuamos, no hay ningún hecho clínico que pruebe tal aserto y recordamos su similitud con lo que se preconizara para la utilización de las sulfamidas y que nadie puso en práctica, dadas las mismas dificultades. De donde se deduce que de acuerdo a nuestra práctica y experiencia, estamos ampliamente satisfechos de los resultados obtenidos con la utilización del bicarbonato de sodio para evitar los fenómenos de acidosis, intolerancia e intoxicación salicilica.

Para terminar: frente a un enfermo a quien se le ha llevado al estado de *curación clínica*, mediante dosis convenientes y bien aplicadas de salicilato de sodio, convendrá practicar lo que se denomina la *salicilización crónica*, que consiste en la utilización de determinadas dosis de salicilato de sodio durante un lapso que puede variar desde 2 años a toda la vida. Esto estará supeditado a una cantidad de factores que serán regulados por la intensidad del ataque de fiebre reumática, episodios anteriores, participación visceral, generalmente cardíaca, grado de lesión, existencia de focos sépticos, clase de vida del individuo, capacidad orgánica del mismo, etc. Frente a un niño, por ejemplo, hasta los 15 años de edad, a quien se le ha llevado al estado de *curación clínica*, extraídos todos sus focos sépticos, y que no ha presentado lesión cardíaca o ésta ha sido leve, practicaremos la *salicilización crónica*, durante 2 años por lo menos, y continuará durante 2 años más bajo la estricta vigilancia médica, efectuándose una eritrosedimentación cada uno o dos meses. Medicaremos con 4 gramos de salicilato de sodio 10 días sí y 10 días no, durante los 2 primeros meses, luego de la normalización de la eritrosedimentación, para continuar con 4 gramos 10 días por mes y 20 días de descanso. Se vigilará también el estado cardíaco, clínica, radiográfica y electrocardiográficamente. Si el niño ha tenido una grave complicación cardíaca, la duración del tratamiento será por tiempo indefinido, pues si bien el proceso infeccioso ha curado, no hay que olvidar la secuela cardíaca, la posibilidad del injerto de una endocarditis maligna, o las reinfecciones del tipo Bouillaud, perfectamente aceptables dada la labilidad cardíaca.

Si el paciente es un adulto, se seguirán las mismas normas, sólo que en lugar de 4 gramos indicaremos 6 a 8 gramos de salicilato de sodio. En algunos casos,

por excepción, hemos debido recurrir a la salicilización crónica mediante la medicación por vía inyectable endovenosa, que nos ha permitido promiscras posibilidades, como el caso del paciente que hemos mencionado anteriormente, a quien se le efectuaron alrededor de 600 inyecciones endovenosas de 1 gramo de salicilato de sodio cada una, que nos han permitido mantener en estado de *curación clínica* a este paciente, que en el año 1936 fuera desahuciado en un renombrado servicio de clínica médica de Buenos Aires.

(*Revista Argentina de Reumatología*, XI, 116, enero 1947, pág. 228.)

## UVEITIS Y ENFERMEDAD DE NICOLÁS - FAVRE

Dr. C. GARBINO

Motiva esta comunicación, en primer lugar la existencia de casos de uveítis a etiología desconocida que no responden a la medicación por mejor conducida que sea, y que por consiguiente tienen un pronóstico sombrío no sólo desde el punto de vista de la agudeza visual, sino del propio estado trófico ocular.

En segundo lugar la actualización en nuestro medio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda por los brillantes trabajos del profesor May (1) condensados en la «*Revista Uruguaya de Dermatología*»; de las lesiones oculares que determinan descritos por primera vez entre nosotros por May y Vázquez Barriére (2) y Vázquez Barriére (3).

En tercer lugar el pedido de nuestro amigo y maestro, profesor May, de estudiar en todos los procesos oculares a etiología desconocida la reacción de Frei, nos llevó en el caso concreto de estos enfermos de uveítis presentados a continuación, a estudiar en ellos su posible vinculación con dicha enfermedad.

En todos estos casos, que no se habían resuelto ni desde el punto de vista etiológico ni terapéutico, obtuvimos un resultado realmente sorprendente.

### HISTORIAS CLINICAS

#### CASO 1

A. A., 24 años, soltera.

Se trata de una enferma internada en un servicio de medicina por un cuadro de garganta agudo que curó fácilmente. Nos piden que la examinemos, pues el internista constató lesiones oculares que, según le manifestó la enferma, databan de mucho antes. Como antecedentes, hace cinco años hizo un cuadro de «ceguera» bilateral, habiéndose atendido en un servicio hospitalario, donde le hicieron calcioterapia, durando el proceso un año, quedando con mejor visión del ojo derecho, pero con gran dificultad para ver. Según la enferma, desde hacía un mes venía notando que progresivamente perdía visión del ojo derecho, del que veía más, hasta que actualmente tenía mejor visión del ojo izquierdo.

Al examen se constata: ojo derecho, visión luz; ojo izquierdo, 0,1 a 4 metros.

Ojo derecho, no se ilumina área pupilar, córnea turbia opacidades a predominio en las capas posteriores, enorme cantidad de precipitados en grasa de carnero en la Descemet. Enturbiamiento del humor acuoso, numerosas sinequias posteriores, exudados sobre la cristaloides. T. O. = 19.

Ojo izquierdo, opacidad corneana en las capas posteriores y sector inferior, con vascularización profunda. Hay precipitados pigmentarios, sinequias posteriores, sobre todo en los dos tercios inferiores del área pupilar. El sector superior reacciona a la luz. Fondo de ojo, enturbiamiento del vítreo que no permite reconocer detalles. T. O. = 13.

*Exámenes*: Wassermann, negativo. Orina, indicios de albúmina. Urea, 0,30 gramos. Glóbulos blancos, 9.700. Eritrosedimentación, 1 hora, 25 minutos. Indi-