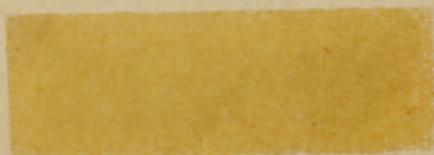


CLÍNICA MÉDICA



Barcelona : Tobella y Costa,

[1900]

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700677715



CLÍNICA MÉDICA

Lecciones del Profesor

Dr. D. Bartolomé Robert é Yarzabal

Catedrático de Patología y Clínica Médicas
en la Facultad de Medicina de Barcelona

REDACTADAS POR

R.179.493

J. Solé y Forn - J. Sans Tous

...ación regular, y
ventilado y falta de luz solar.

Antecedentes hereditarios.—Su padre era diabético y acabó por morir tuberculoso; de sus tres hermanos uno murió tuberculoso á la edad de 19 años, otro de meningitis granulosa á la edad de tres, y el tercero tiene una osteítis tuberculosa de la tibia derecha.

Antecedentes morbosos.—No ha padecido enfermedad alguna hasta la actual. En el mes de Enero del presente año hizo una excursión á Niza, donde se dedicó á repetidos ejercicios de canto. Después de breve permanencia en aquella ciudad regresó á Barcelona, donde bien pronto se sintió molestado por una sensación de cosquilleo en la laringe, acompañada de disfonía; á los pocos días tuvo tos poco intensa, seca y de una sola sacudida al principio; pero más tarde se hizo húmeda, presentándose en forma de accesos de tres á cuatro sacudidas, seguidas de expectoración mucosa, blanca y consistente; coincidiendo con esto, tuvo cefalalgia de localización preferentemente frontal, bastante intensa al principio,

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700677715



Tuberculosis laringo-pulmonar

Tipo erético

Juan S..., edad 25 años, soltero, natural de Barcelona, profesión pulidor de metales, alimentación regular; vivía en un piso poco espacioso, mal ventilado y falto de luz solar.

Antecedentes hereditarios.—Su padre era diabético y acabó por morir tuberculoso; de sus tres hermanos uno murió tuberculoso á la edad de 19 años, otro de meningitis granulosa á la edad de tres, y el tercero tiene una osteítis tuberculosa de la tibia derecha.

Antecedentes morbosos.—No ha padecido enfermedad alguna hasta la actual. En el mes de Enero del presente año hizo una excursión á Niza, donde se dedicó á repetidos ejercicios de canto. Después de breve permanencia en aquella ciudad regresó á Barcelona, donde bien pronto se sintió molestado por una sensación de cosquilleo en la laringe, acompañada de disfonía; á los pocos días tuvo tos poco intensa, seca y de una sola sacudida al principio; pero más tarde se hizo húmeda, presentándose en forma de accesos de tres á cuatro sacudidas, seguidas de expectoración mucosa, blanca y consistente; coincidiendo con esto, tuvo cefalalgia de localización preferentemente frontal, bastante intensa al principio,

pero que luego fué cediendo hasta desaparecer por completo á los 12 ó 15 días: no fué tan afortunado en la tos, pues los accesos fueron cada vez más intensos y absolutamente rebeldes á la terapéutica; á estas manifestaciones se redujo el cuadro morboso durante el intervalo de unos cuatro meses, hasta principios de Mayo. El enfermo continuaba todavía dedicándose á sus trabajos ordinarios; pero á partir de la fecha citada, el menor esfuerzo, el andar un poco, el subir escaleras, etc., bastaba para producirle fatiga, por lo que vióse obligado á suspender su trabajo para no reanudarle ya más. Hasta Junio el estado de sus vías digestivas había sido satisfactorio; pero entonces, sin causa aparente, tuvo diarreas profusas que duraron todo el verano: con las diarreas coincidieron sudores nocturnos, enflaquecimiento y disnea cada vez mayor; en Agosto observó que la deglución era molesta, despertando algún dolor, principalmente, la ingestión de alimentos sólidos, como también la presión al nivel de la región laríngea; al mismo tiempo se pusieron edematosos los tobillos primero, las piernas y dorso de los pies más tarde; al principio los edemas desaparecían á beneficio de un reposo prolongado, pero á las dos ó tres semanas se hicieron permanentes: en Septiembre, también sin causa aparente, tuvo una tarde escalofríos intensos con castañeteo de dientes y luego fiebre alta, que le obligó á guardar cama; desde aquella fecha la fiebre se hizo continua, con recargos unas veces matutinos, otras vespertinos, pero precedidos siempre de escalofríos. Tal fué el cuadro sindrómico que ofreció el enfermo durante los diez meses que precedieron á su ingreso en la clínica, con la sola variante de haber períodos de ligera mejoría y otras de agravación, durante los cuales el predominio de un síntoma, ó el recrudecimiento de todos en conjunto, le obligaban á guardar cama. El día 28 de Octubre ingresó en la Clínica de esta Facultad.

Estado actual. Ofrece su rostro y la piel en general un tinte pálido céreo; es notablemente fina; cara triangular; ojos hundidos, rodeados de un contorno ligeramente azulado; las escleróticas no ofrecen un color blanco puro, sino más bien un tinte azulado; el cuello es largo, el tórax también largo y plano. Su demacración es muy considerable, manifestándose de un modo visible en toda la superficie de su cuerpo, desprovisto de panículo adiposo: en la cara resaltan notablemente las eminencias constituídas por los pómulos; las regiones temporales aparecen hundidas por la falta ó escaso espesor de las capas grasosas; en el cuello, la laringe

forma un gran relieve en el centro; á los lados, los esterno-mastóideos aparecen salientes cual si fueran dos cuerdas tirantes; la foseta supraesternal, como también la depresión supraclavicular, están muy acentuadas, en la cara posterior del cuello se perciben ostensiblemente las apófisis espinosas de las vértebras: en la cara anterior del tórax se nota el ángulo saliente hacia delante que forma la unión de la primera pieza esternal con la segunda, ó sea la llamada espina de Louis: también las costillas aparecen salientes, descarnadas, formando contraste con los espacios intercostales profundos, deprimidos y muy anchos; los hombros están dirigidos hacia delante. En la cara posterior del tórax, se nota que existe una gran separación entre el borde interno de los omóplatos y las paredes torácicas, hasta el punto de ser perfectamente posible introducir los dedos por delante de dichos rebordes escapulares (omoplatos alados de los autores). De una manera general las eminencias óseas, sea cual fuere la región en que se las estudie, aparecen muy marcadas debajo la piel. Los músculos son flácidos y de escaso desarrollo, hecho que se comprueba principalmente en los pectorales; las últimas falanges de los dedos se ofrecen abultadas, engrosadas, á manera de palillos de tambor; las uñas están arqueadas (*uña hipocrática*). El enfermo se ve obligado á guardar constantemente el decúbito supino, porque así le es más fácil la respiración. Como resumen del hábito exterior, diremos que se hallan en él un gran número de los caracteres asignados al llamado *hábito tísico*.

Compréndese sin dificultad que es el aparato respiratorio el primer punto de mira que debemos tener en cuenta al practicar el examen de los distintos aparatos y órganos.

Al explorar la laringe llaman preferentemente la atención los trastornos de la fonación; la voz es débil, apagada, casi hay afonía; percibe una sensación de cosquilleo que á veces se convierte en dolores pungitivos fuertes que parten de la región laringea irradiándose hasta los oídos, sobre todo durante los actos de la deglución; la presión sobre la laringe despierta también vivo dolor; la tos es débil, frecuente, aparece en forma de accesos de tres ó cuatro sacudidas, después de las cuales expectora penosamente un humor consistente, opaco, redondeado, moco-purulento, de color pardo amarillento, adherido á una pequeña cantidad de saliva; al llegar los esputos á la escupidera, al principio se mantienen perfectamente aislados conservando su forma redondeada característica, pero luego se mezclan constituyendo una capa profunda

densa y opaca y otra superficial algo espumosa; de vez en cuando algún esputo ofrece estrías sanguinolentas. El examen bacteriológico practicado por el catedrático de esta Facultad Dr. Calleja, ha dado el siguiente resultado: «hay bacillus de Koch; además bastantes estreptococcus, muchos leucocitos y algunas células epiteliales.»

Á la inspección del tórax se nota que las excursiones costales respiratorias son escasamente elevadas, pero muy frecuentes; la disnea es muy considerable (46 respiraciones por minuto): á la palpación se comprueba que el ensanchamiento de las paredes torácicas durante la inspiración es escaso en el lado derecho, casi nulo en el izquierdo: las vibraciones vocales están aumentadas en todo el semiperímetro torácico izquierdo y en la fosa supraespinal derecha; la percusión resulta oscura en todo el ámbito pulmonar izquierdo, tanto en el plano anterior como en el posterior; en el derecho la oscuridad está limitada á la fosa supraespinal: á la auscultación se percibe en el lado izquierdo, plano anterior, soplo tubárico y broncofonía en la base y vértice, estertores de grandes burbujas ó cavernosos y pectoriloquia, en la región infraclavicular; en el lado derecho estertores subrepitantes finos y broncofonía en la fosa supraespinal, ligera broncofonía en el canal escapulo-vertebral y murmullo vesicular áspero al nivel de la base pulmonar.

Aparato circulatorio.—El ritmo cardíaco está acelerado; hay ligero aumento de la zona pleximétrica cardíaca, principalmente hacia la derecha; refuerzo del segundo tono en el foco de la pulmonar, pulso blando, depresible y frecuente (120 pulsaciones por minuto).

Aparato digestivo.—Anorexia, sed, el abdomen aparece abultado y timpánico á la percusión; hay dolor espontáneo difuso en toda la región abdominal; también el hígado está algo aumentado de volumen y doloroso á la presión; no hay alteraciones objetivas del bazo; tiene diarrea, siendo las heces fecales claras, semilíquidas. En cuanto al aparato urinario, las micciones son frecuentes, siendo la orina escasa en cantidad y de color claro: en cuanto al sistema nervioso, por lo que afecta á la esfera moral, es notable su profundo abatimiento, debido en gran parte á la disfagia y dolor en el abdomen: los sentidos están normales: la temperatura no se mantiene muy alta, oscila entre los 38° y 38'5°. Durante el recargo febril se colorean vivamente sus mejillas; tiene sudores nocturnos; quedan únicamente vestigios de edema en las piernas, pero basta

que abandone la cama al objeto de dar algún paseo para que vuelvan á aumentar considerablemente.

Diagnóstico. — **Tuberculosis pulmonar doble, crónica, de forma ulcerativa, tercer período.**—**Tísis laríngea.**—Aparece perfectamente claro; no puede haber duda alguna sobre la existencia simultánea de un proceso bacilar, localizado, tanto en el pulmón como en la laringe; en efecto, el aumento de vibraciones, la macidez, el soplo tubárico, los estertores de grandes burbujas, la pectoroloquia y los demás síntomas descritos, demuestran la presencia de una gran caverna y de una infiltración tuberculosa del pulmón izquierdo, tan extensa, que, alterado en su totalidad el parénquima pulmonar, se ha hecho ya inútil para las funciones de la respiración: en el pulmón derecho las lesiones están más circunscritas; no existen allí vastas ulceraciones como en el izquierdo, pero los estertores subcrepitantes demuestran ya que se inician en el vértice derecho hechos de fusión, de disgregación de los tubérculos, que en época no lejana han de conducir fatalmente á la formación de vastas cavidades. Si estos datos no fueran suficientemente demostrativos, súmense á ellos los caracteres del esputo y la presencia del bacillus de Koch, en cuyo caso el diagnóstico se impone. La tuberculosis laríngea queda comprobada por la disfagia, alteraciones de la fonación, coexistencia de la tuberculosis pulmonar y demás síntomas funcionales y objetivos.

Etiología. — No es muy difícil averiguarla. Su padre, diabético primero, tuberculoso por fin, triste herencia debía legar á sus hijos; y, en efecto, uno de ellos muere de tuberculosis pulmonar á los 19 años, otro de tuberculosis meníngea á los tres, y el último vive, pero... con tuberculosis ósea: no cabe, pues, un hecho más demostrativo de la influencia que la herencia ejerce en la transmisión de la tuberculosis; de esto se deduce que existe en nuestro enfermo una predisposición marcada, una aptitud evidente para el desarrollo del bacillus de Koch por el solo hecho hereditario; añádase á esto las condiciones en que el enfermo vivía: en un piso pequeño, mal ventilado, oscuro, falto por consiguiente de la influencia vivificadora del aire y de la luz solar. ¿Qué reglas profilácticas se siguieron allí para evitar la posibilidad de un contagio? Ninguna, absolutamente ninguna; ni siquiera los más vulgares preceptos de la higiene: en aquel piso vivía con sus hermanos tuberculosos, quienes echaban sus esputos al suelo, sin tener en

cuenta que una vez desecados podían sus partículas ser levantadas por una corriente de aire y llegar al aparato respiratorio, donde, hallando la mucosa enferma en virtud, por ejemplo, de un sencillo catarro bronquial, podían anidar fácilmente en ella y desarrollar sus numerosas colonias; los mismos utensilios de la mesa (cucharas, etc.), las mismas ropas, especialmente las de la cama, que utilizaban sus hermanos tísicos, servían para él; sin pensar que basta una ligera herida cutánea, un rasguño sin importancia, una picadura de mosca inadvertida, para que en aquella solución de continuidad se inocule el germen tuberculoso, pasando luego por la vía linfática al parénquima pulmonar. ¿Qué de extraño, pues, tiene que la tuberculosis se cebara de un modo tan formidable, en aquella serie de organismos debilitados por la herencia, hasta el punto de arrastrarles uno tras otro á la muerte? Pero, en este enfermo, á todo esto hay que agregar la influencia maligna de su profesión. Era pulidor de metales, trabajaba en una calle estrecha del casco antiguo de Barcelona, donde jamás penetró un solo rayo solar, siendo una gran parte del día la iluminación artificial: sentado casi siempre, inmóvil por tanto su tronco y extremidades, hundido el pecho, fija siempre la vista en el metal que debía pulir, aplicada sobre el mismo una mano y moviendo constantemente la otra para golpearle; así pasaba las diez horas de su trabajo ordinario. Es claro que este movimiento exagerado, limitado á un solo brazo, con quietismo de lo restante del cuerpo, debía dar lugar á vascularización exagerada de un pulmón y anemia relativa del opuesto, circunstancia eminentemente favorable para el desarrollo bacilar; pues bien, sumando todos estos datos, ¿qué de particular ofrece la evolución rápida de la enfermedad, el hecho de que á los seis meses de su existencia perfectamente comprobada aparezca infiltración total de un pulmón, formación de cavernas y se encuentre el enfermo en una fase poco menos que preagónica? La etiología no es, pues, dudosa: existen factores sobrados para explicarla.

En cuanto á la tisis laríngea, teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad, resulta fácilmente explicable. Los esfuerzos del canto determinaron una laringitis aguda que luego pasó á la cronicidad: en este estado el enfermo se hizo tuberculoso y los bacillos de Koch de que venían cargados los esputos, á su paso por la laringe, la encontraron modificada patológicamente y se implantaron en ella determinando el proceso tuberculoso.

Pronóstico.—*Gravísimo*: en virtud de las extensas lesiones pulmonares; en virtud de la insuficiencia funcional cardíaca que ha determinado ya dilatación del corazón derecho, congestión hepática, edemas, cianosis, etc.; y, por último, en virtud de la diarrea persistente que extenua al enfermo.

Tratamiento.—Teniendo en cuenta que el pulmón es asiento de vastas cavernas con formación de pus, cuya absorción infecta al organismo entero determinando sudores profusos, fiebre hética, etc.; que, reducido el campo respiratorio, no puede subvenir á las necesidades de la oxigenación; que el corazón resulta ya impotente para vencer los obstáculos que á la circulación sanguínea opone el pulmón alterado, y que el último punto de apoyo, la última defensa que restaba al enfermo contra los progresos del mal, las vías digestivas, llamadas por Daremberg *la plaza fuerte de los tísicos*, aparecen profundamente alteradas; compréndese sin dificultad cuán pocas esperanzas debemos fundar en la terapéutica: sin embargo, es preciso no entregarse en brazos de una expectación pura, que sería antihumanitaria; es preciso hacer lo posible para levantar las energías vitales del enfermo, nutrirle y vigorizarle para que pueda luchar contra la consunción y el marasmo que le amenaza: por consiguiente, la indicación primordial es regularizar las vías digestivas, combatir esta diarrea persistente que le desnute y extenua, haciendo imposibles los beneficios que podrían reportarse de una alimentación reparadora: más tarde, una vez normalizadas las vías digestivas, es cuando podrá ensayarse la medicación antibacilar dentro los límites posibles. Para cumplir con estas indicaciones establecióse el siguiente plan terapéutico: reposo absoluto en cama, alimentación adecuada al estado del tubo digestivo, caldo, sopa y leche, y la siguiente fórmula:

Cocimiento blanco gomoso	300	gramos
Fosfato de bismuto;	3	»
Jarabe de meconio	30	»

Á cucharadas.

Observaciones clínicas: *1.º de Noviembre.*—Se ha modificado considerablemente la diarrea, por lo que se suspendió la fórmula anterior, prescribiéndose fermentos gastro-intestinales al objeto de favorecer las digestiones, un amargo para excitar el apetito y un preparado de cal como reconstituyente y antidiarreico.

Polvos de cuasia simaruba.	0'30	gramo
Pepsina.	}	1 »
Pancreatina		
Fosfato básico de cal.		

Divídase en 3 sellos: uno en cada comida.

Además, habiendo mejorado el estado de las vías digestivas, se ensayó la medicación antibacilar, escogiéndose de preferencia medicamentos que fueran fácilmente tolerados por el estómago; á este objeto se eligió el ácido tímico asociándole un narcótico, no tan sólo para favorecer la tolerancia, sino también para disminuir la intensidad de los accesos de tos.

Ácido tímico	0'10	gramo
Terpina.	}	0'50 »
Masa pilular de cinoglosa		

Para 8 píldoras: una cada 3 horas.

5 de Noviembre.—La disfagia molesta extraordinariamente al enfermo, así es que para moderar el intenso dolor que experimenta durante la deglución se practicó la anestesia de las fauces por medio de toques repetidos de la siguiente solución:

Agua	100	gramos
Clorhidrato de cocaína	2	»

11 de Noviembre.—Sigue el abdomen abultado, el enfermo se queja de una sensación de plenitud, de peso y algunas veces de dolores difusos, pungitivos, en la cavidad abdominal; á la palpación se aprecia una sensación muy vaga de fluctuación; la presión despierta vivo dolor en todo el abdomen; á la percusión colocando una almohada debajo del sacro para que se mantenga algo elevada la pelvis, se nota insonoridad evidente en las regiones laterales; en cambio, en la bipedestación, dichas zonas aparecen perfectamente timpánicas: existen, pues, fenómenos que indican una iniciación de hidropesía peritoneal; el enfermo se ve obligado á guardar el decúbito supino; el solo hecho de incorporarse para facilitar nuestra exploración, basta para producirle intenso dolor en el abdomen, principalmente al nivel del hueco epigástrico; ha disminuído el número de las deposiciones, que en la actualidad quedan reducidas á dos ó tres diarias: la diuresis es escasa; siguen los sudores nocturnos; al despertar el enfermo de su sueño se halla

bañado en sudor; la respiración es superficial; el ritmo cardíaco, acelerado; la disfagia, más acentuada que antes, constituyendo un verdadero tormento para el pobre enfermo la deglución de alimentos sólidos; el pulso es débil y frecuente (128 pulsaciones por minuto); sigue la fiebre (38°), con recargos vespertinos y remisión de algunas décimas por la mañana; el edema continúa limitado al dorso de los pies y piernas. De todo lo anterior se desprende que aquí aparece un nuevo hecho que ha venido á complicar la ya sobradamente grave situación del enfermo; una ascitis cuya génesis debemos indagar antes de establecer el oportuno tratamiento. Desde luego existen dos procesos á los cuales puede principalmente considerarse como causantes del exudado peritoneal: ¿trátase simplemente de un hecho consecutivo á fenómenos de éxtasis sanguíneo en el árbol de la vena porta en virtud de impotencia funcional cardíaca, ó se trata decididamente de una tuberculosis del peritoneo? La primera hipótesis es muy difícil aceptarla en absoluto, aunque medie á su favor la circunstancia de que los edemas de las piernas hayan precedido á la ascitis, pues si ésta fuera simplemente efecto de éxtasis sanguíneo consecutivo á dificultades circulatorias, por no poder ya el corazón presidir el movimiento de la sangre, ¿no es lógico pensar que habria más síntomas de éxtasis, mayor congestión hepática, más disnea, irregularidad en el pulso, mayor éxtasis renal, cianosis de las partes periféricas, en lugar de un edema limitado á las piernas, verdadero anasarca, hasta quizá hidrotórax infarto esplénico, fenómenos de congestión cerebral, etc.? Á más de que ¿no existen en favor de la peritonitis tuberculosa las manifestaciones dolorosas difusas por todo el abdomen que se exacerban á la presión, como también con los movimientos del tronco? Sin embargo, lo más racional es admitir una causa mixta: el exudado peritoneal producido por la peritonitis y favorecido por el éxtasis sanguíneo en el territorio de la porta; la evolución del proceso y el estudio bacterioscópico del líquido obtenido mediante una punción permitirán fijar el diagnóstico.

El profesor clínico Dr. Ribas prescribió lo siguiente: aplicación sobre las paredes abdominales de cataplasmas calientes de harina de linaza de un centímetro de espesor, renovándolas cada cuatro horas, y además la fórmula siguiente en que figura el salicilato sódico al objeto de utilizar las propiedades desinfectantes de las serosas que le asignan algunos autores.

Infusión de convalaria mayalis	150 gramos
Salicilato sódico	2 »
Ioduro de litina	1 gramo
Jarabe de te del Paraguay	40 gramos

18 de Noviembre.—Fué suspendida la fórmula anterior, prescribiéndose la siguiente:

Agua de melisa	150 gramos
Tintura de nuez de kola	2 »
Alcohol melisa	1 gramo
Jarabe naranjas amargas.	30 gramos

20 de Noviembre.—La existencia de la ascitis aparece cada vez más evidente; á la palpación se obtiene una sensación clara de fluctuación; la percusión acusa insonoridad en las regiones laterales é inferiores y timpanismo en las centrales, pero la insonoridad cambia con los decúbitos; á la percusión la matidez hepática al nivel de la línea mamaria empieza verticalmente en la séptima costilla, el límite inferior no puede precisarse por el timpanismo abdominal; hay diarrea; el pulso continúa débil y frecuente (130 pulsaciones por minuto); está inapetente. Es preciso suprimir la diarrea, excitar el apetito, favorecer las digestiones y administrar los tónicos y estimulantes del corazón.

Polvos de colombo	0'30 gramo
Pancreatina	0'50 »
Fosfato básico de cal	3 gramos

Dividase en 3 sellos: uno en cada alimento.
Aparte.

Cocimiento de quina	200 gramos
Tintura nuez de kola	2 »
Licor amoniacal anisado.	4 »
Jarabe de azahar.	30 »

Á cucharadas.

22 de Noviembre.—Las dificultades respiratorias son cada vez mayores; la voz es débil, casi imperceptible. Tos en forma de accesos de tres ó cuatro sacudidas seguidas de expectoración difícil, moco-purulenta con estrías de sangre (dejando los esputos en reposo en la escupidera no se mezclan sino que permanecen sepa-

rados por límites más bien pentagonales que circulares, tanto es así, que el conjunto parece un verdadero mosaico). La respiración es superficial y muy frecuente (48 respiraciones por minuto). Los pulmones no han sufrido modificaciones físicas apreciables. Tiene mal sabor, polidipsia, plenitud gástrica y dolor difuso por todo el abdomen después de las comidas; faltan los sudores nocturnos; sigue la diarrea; los tonos cardíacos son débiles; los pulsos bajos; empiezan á tomar un tinte lívido los labios, uñas, mejillas, etcétera; está, pues, en plena hiposístolia; el corazón no puede continuar su terrible lucha contra los obstáculos á la circulación, principalmente los respiratorios; es preciso ayudarle, en primer lugar disminuyendo las resistencias y en segundo lugar administrando los tónicos y excitantes cardíacos. Para cumplir con la primera indicación debe practicarse la paracentesis; para la segunda se prescribió la siguiente fórmula:

Polvos hojas de digital	1 gramo
Agua hirviendo	200 gramos

Infúndase, filtrese y añádase:

Benzoato sódico	2 gramos
Jarabe de azahar	30 »

23 de Noviembre. — La punción de las paredes abdominales ha dado lugar á la salida de 2,000 gramos de un líquido claro, amarillento, en el cual el examen microscópico ha demostrado la presencia del bacilo de Koch. Evacuada la cavidad peritoneal, se perciben, mediante la auscultación, ruidos de roce en todo el abdomen, principalmente al nivel de la región hepática: queda, pues, perfectamente comprobado el diagnóstico de peritonitis tuberculosa.

24 de Noviembre. — Á pesar de la paracentesis la disnea ha aumentado: tosecilla débil casi constante á pesar de que el enfermo se abstiene de hablar y permanece inmóvil en decúbito lateral derecho al objeto de no excitar las crisis de tos; la expectoración sólo se efectúa á beneficio de esfuerzos supremos, es casi imposible; la cianosis va tomando mayor incremento; los ojos hundidos en sus órbitas aparecen rodeados de un contorno azul; amoratadas las mejillas, los labios y las uñas; frías las extremidades y punta de la nariz; apagados los latidos cardíacos, filiforme el pulso con

hipotermia (36'9°), y, sin embargo, su parte moral ha reaccionado; el único punto negro que veía dibujarse sobre el horizonte de su porvenir era la ascitis: desaparecida ésta, todo es para él nubes de color de rosa.

Importa acudir rápidamente en auxilio de este corazón, que decae falto de energía funcional.

Agua de azahar	200 gramos
Sulfato de espartefna	0'10 gramo
Tintura nuez de kola	2 gramos
Licor anodino.	1 gramo
Jarabe de azahar.	30 gramos

A cucharadas grandes.

25 de Noviembre.— Sigue hipotérmico, la afonía es absoluta; el enfermo se ve obligado á expresar sus ideas por medio de movimientos de las manos; no puede expectorar; no es apreciable el pulso; á la auscultación apenas se perciben los ruidos cardíacos; el rostro está azulado, cómo también las uñas; la respiración es muy superficial y sumamente lenta; las pupilas están dilatadas y son insensibles á la acción de la luz. Al anochecer del mismo día falleció.

Autopsia.—Las alteraciones anatómo-patológicas descubiertas en el cadáver no ofrecen en este caso un sello especial; presentan los caracteres del tipo clásico de tuberculosis pulmonar: esto nos permitirá ser breves en la descripción. En el pulmón izquierdo existe hacia la parte media una gran caverna llena de pus; hay infiltración tuberculosa difusa en todo el resto de pulmón y sínfisis pleurales en la base: el vértice del pulmón derecho aparece completamente infiltrado de tubérculos. La laringe está tumefacta y con pequeñas ulceraciones. La serosa peritoneal está engrosada; existen numerosas adherencias fibrosas entre las asas intestinales; el paquete intestinal flota en una notable cantidad de líquido seroso amarillento.

J. SOLÉ Y FORN.

