

Tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica, observada en la clínica cuando el reblandecimiento estaba ya muy avanzado.

HOJA CLÍNICA NÚM. 42.

Sala de S. José, núm. 1.

Alumno observador: D. Juan Puig.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

S. P. de 57 años, casado, natural de Reus, residente en Barcelona, curtidor, y de vida y costumbres arregladas.

Su padre gozó siempre de buena salud y murió á los 74 años. Su madre murió cuando tenía 54, y recuerda que en su última enfermedad tuvo ictericia. Ha tenido seis hijos, de los cuales han muerto tres, dos de ellos en los primeros años de su vida, y el tercero en Julio último, cuando ya tenía 26 años y después de estar padeciendo durante mucho tiempo una tuberculosis laríngea. Fueron once hermanos y hoy solamente viven tres, recordando que uno de ellos en su última enfermedad tuvo tos y enflaquecimiento.

Cuando tenía 21 años, contrajo una blenorragia que le duró 3 ó 4 semanas. A los 45, padeció una pulmonía que le retuvo en cama tres semanas. Ha tenido también algunos catarros bronquiales.

Hará como cosa de un año, y cuando ya llevaba algún tiempo cuidando á su hijo tuberculoso, tuvo una hemoptisis, y desde entonces tose y ha venido enflaqueciendo y perdiendo fuerzas. Como no podía trabajar, se vió obligado á ingresar en el Hospital el 10 de Septiembre último, encontrándole ya en la clínica cuando principiamos el curso.

ESTADO ACTUAL

EXPLORACIÓN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Es un enfermo bien constituido, ha perdido algo el color sin que la palidez llame la atención, demacración no muy acentuada y dedos en forma de palillo de tambor. Se levanta todos los días, y cuando está en cama adopta de preferencia el decúbito lateral derecho porque echado del lado izquierdo siente sofocación transitoria. Voz entera, carácter apacible é inteligencia despejada. Está apirético. Pesa 60 kilogramos.

CONFORMACIÓN TORÁCICA.—El torax en conjunto aparece demacrado y simétrico, ángulo de Ludvig bien marcado, clavículas salientes, escá-

pulas en ala, fosas supra é infraespinosas y supra é infraclaviculares muy manifiestas.

Circunferencia torácica inferior: respirando tranquilamente, 89 centímetros; en inspiración forzada, 90; y en espiración completa, 86 (disminución de la expansión torácica.) Circunferencia al nivel de los pezones, 86 cts. Circunferencia axilar superior, 89 cts.

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Sofocación al subir escaleras ó ejecutar algún esfuerzo. Dolores poco intenso entre la 3.^a y la 5.^a costilla del lado derecho, que no sufre modificación ni por la presión ni verificando inzpiraciones profundas. Tos humeda precedida de picor laríngeo y seguida á veces de vómitos.

Respiración de tipo diafragmático, de ritmo normal y verificándose los movimientos 24 veces por minuto. Las escursiones respiratorias son menos amplias en la mitad izquierda del plano anterior.

Vibraciones vocales aumentadas en ambss fosas infraclaviculares; pero desigualmente, acusándose más en la del lado izquierdo. Hay también exageración de las vibraciones en la fosa supra espinosa derecha.

Submázidez en el vértice izquierdo, hasta un trayes de dedo por encima del pezón. Ligeró timpanismo en la fosa infraclavicular derecha. Submacidez sobre la escápula izquierda.

Auscultando en el plano anterior, se percibe: respiración ruda, y algunos estertores subcrepitantes en el vértice izquierdo. En el plano posterior se oyen: crugidos y respipación áspera hacia el lado derecho, y estertores subcrepitantes en el lado izquierdo, sin que se oigan ruidos anormales por debajo del nivel de los angulos escapulares.

EXAMEN DE LOS ESPUTOS.—La expectoración es poco abundante, y en la escupidera aparece constituida por un líquido espumoso en el cual nadan grumos de color grisáceo. En algunas ocasiones presentan estrias sanguinolentas.

El análisis bacteriológico descubrió en ellos los micro-organismos vulgares de la supuración y bacilos de Koch en número considerable.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Todos los demás aparatos funcionan con regularidad, y el análisis de la orina no comprobó la existencia de variaciones notables en los componentes normales, ni la presencia de substancias anormales.

DIAGNÓSTICO

Tuberculosis pulmonar apirética en el período de reblandecimiento, y con lesiones que interesan casi todo el pulmón izquierdo y el lóbulo superior del derecho.

PRONÓSTICO

El propio de esta enfermedad cuando evoluciona lentamente, sin fiebre y en un enfermo bien constituido, pero falto de recursos. Es grave, sin que deba temerse la terminación fatal en breve plazo.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Participando de las deficientes condiciones higiénicas de la sala del Hospital, y de la poco variada alimentación que la Administración proporciona, hemos procurado: 1.º que el enfermo permanezca al aire libre el mayor tiempo posible y 2.º que á la alimentación ordinaria se agregue el jugo de 500 gramos de carne cruda.

Como tratamiento medicamentoso, se ha usado el cinamato sódico en inyecciones hipodérmicas preparando para ello la disolución siguiente: agua, 300 gramos, cinamato sódico, 75 centigs. cloruro sódico, 2,25 gramos; disuélvase y esterilízese. Además se han usado otros medicamentos para llenar indicaciones sintomáticas.

OBSERVACIONES Y DETALLES DEL TRATAMIENTO, DESDE EL 8 DE OCTUBRE
AL 6 DE DICIEMBRE

Días	Inyecciones de cinamato	Temperat. ^a		Pulsa- ciones		Respi- raciones		Peso Kilos	Accidentes ocurridos y tra- tamientos empleados para combatirlos
		m.	t.	m.	t.	m.	t.		
Otbre.									
8	5 ctms. ³	36,4	37,2	78	82	24	26	60	
11	6 ctms. ³	36,8	37,2	78	84	22	24	»	
14	7 ctms. ³	36	37	72	86	22	26	»	
18	8 ctms. ³	36	37,2	72	86	22	28	»	
21	9 ctms. ³	36,4	37	72	84	24	26	»	
23	»	36,4	37,2	74	84	22	24	»	Diarrea.-Píldoras de alumbre y extracto tebaico-5 y 2 1/2 centígramos. Tomó 6 y desapareció.
25	»	36,2	37,2	80	84	24	28	61,5	
28	»	36,6	37,6	82	90	26	28	»	Ligera hemoptisis. Inyección de ergotina, desapareciendo en 24 horas.
Nbre.									
5	5 ctms. ³	37	37,2	76	84	22	26	»	
6	»	37,2	37,4	80	86	24	26	»	
10	6 ctms. ³	36	37	74	84	22	24	62,5	Reaparece la hemoptisis. Con cuatro inyecciones de ergotina, se cohibió en 48 horas.
12	7 ctms. ³	36,2	37	72	84	22	24	»	
16	8 ctms. ³	36	37,2	74	84	22	26	»	
19	9 ctms. ³	36,5	37	70	84	20	26	»	
24	10 ctms. ³	36	37	76	82	22	24	63	
26	10 ctms. ³	36,2	37	74	86	22	24	»	
30	10 ctms. ³	36,6	37,2	74	84	22	24	»	
Dbre.									
10	»	36,4	37	74	80	22	24	64,5	

VARIACIONES EN LOS SIGNOS FÍSICOS Y EN EL ASPECTO DE LOS ESPUTOS.—
Se ha venido observando, que en el vértice izquierdo los signos de reblandecimiento se han ido acentuando lentamente.

(1) En los demás días, la temperatura, pulsaciones y respiraciones han sido casi las mismas.

Los esputos se han hecho numulares.

El bacilo de Koch, ha persistido sin variaciones apreciables en su número y caracteres.

Continúa en la clínica, y se ha empezado otra serie de inyecciones con la disolución de cinamato.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica de la hoja clínica núm. 42.

Principió la enfermedad de este sujeto de una manera insidiosa y ha evolucionado lentamente: es una enfermedad crónica. Se ha manifestado ostensiblemente su padecimiento, por ligera dispnea, tos y espectoración, y como conservando el apetito y no teniendo fiebre, se había demacrado, sin reconocer detenidamente al enfermo, sospechamos que se trataba de una afección del aparato respiratorio de las que determinan consunción.

Orientados de este modo en el diagnóstico, empezamos por explorar detenidamente la caja torácica, y con tal claridad encontramos los signos propios de la tuberculosis pulmonar crónica de forma ulcerosa, que aún cuando no se hubiera encontrado el bacilo de Koch en los esputos, nuestro juicio no hubiera variado, y solo por ser el primer enfermo de esta clase que estudiamos, haremos rápidamente el diagnóstico diferencial.

Las bronquitis crónicas no específicas, si pueden manifestarse por tos y espectoración, y dar lugar á estertores subcrepitantes como los que se observan en este enfermo, no producen nunca exageración de las vibraciones vocales, submucidez, soplo tubárico y broncofonía. Las bronquiectasias pueden dar lugar á estos signos, que hemos dicho faltan en la simple bronquitis; pero cuando son debidos á estas lesiones, les observamos localizados preferentemente en las bases y

bordes posteriores de los de los pulmones, y no en los vértices como sucede en este caso. Las congestiones pulmonares, no bacilares, á más de ser lesiones que, cuando son crónicas, se presentan con más frecuencia en las bases, casi siempre son consecutivas á lesiones cardíacas ó renales, las cuales dan lugar á otros síntomas, y se manifiestan por signos que aquí no hemos observado. Las bronco-preumonias, antes de pasar al estado crónico, fueron afecciones agudas y febriles, y tampoco son los vértices donde se localizan más comunmente. Las adenopatias del mediastino pueden determinar los trastornos generales y funcionales que aquí se observan, y dar lugar á signos físicos análogos; pero son más propias de la infancia, y es muy raro que la compresión de los vasos, nervios ó conductos próximos, deje de revelarse por síntomas que aquí no hemos observado. Las neoplasias pulmonares, por excepción son primitivas, y aun cuando de uno de estos casos raros se tratara, la caquexia produciría trastornos funcionales y síntomas del hábito exterior muy distintos que los presentados por este enfermo. Unicamente la sífilis pudiera dar lugar á un cuadro sintomático completamente igual, y solo para hacer el diagnóstico diferencial con esta enfermedad, haremos valer el haber encontrado el baciló de Koch en los esputos.

Por el conjunto de los síntomas hemos diagnosticado la tuberculosis pulmonar, veamos ahora como por su análisis precisamos el sitio, estensión y período evolutivo de las lesiones.

Comparando los signos físicos que se encuentran en una y otra mitad de la caja torácica, averiguamos que el pulmón izquierdo es el preferentemente interesado, pues en este lado vemos, la expansión inspiratoria menos amplia, las vibraciones vocales más exageradas, el sonido percutorio menos claro, los estertores más numerosos; y exclusivamente en él, soplo tubárico y broncofonia. El pulmón derecho, si bien menos atacado, tampoco está sano, pues en él se percibern también signos físicos que indican anormalidad. Si queremos señalar, con estos datos, el sitio y la estensión de las lesiones fimicas ó parafimicas que hoy presenta este enfermo, debemos tener-

las todas en cuenta, sin hacer por ahora distinción de naturaleza y evolución, y en consecuencia afirmaremos, que en el pulmón izquierdo no se conserva normal más que la base, y que del derecho sólo está invadido el lóbulo superior.

Cuando de una manera general se quiere consignar el período en que se encuentra la tuberculosis pulmonar, hay que referirse á las lesiones que se encuentran más avanzadas, porque tratándose de un proceso que se va extendiendo de unas regiones á otras, en los enfermos se las encuentra, con frecuencia, en los distintos períodos de su evolución, y al lado de las que quizá han destruido todo el tejido pulmonar, se hallan otras en el período inicial. En la región subclavicular izquierda de este enfermo, la macidez es casi completa, las vibraciones vocales muy exageradas, el soplo bronquial fuerte y la broncofonia muy acusada, indicándonos estos signos que en el lóbulo superior de aquel pulmón hay una induración próxima á la superficie externa, y cavidades conteniendo productos líquidos, es decir, que si no hay todavía una escavación pulmonar de gran tamaño, de paredes lisas, y cercana á la superficie, por lo menos hay un reblandecimiento muy avanzado, y cavidades de mayor tamaño que los alveolos pulmonares. Los productos espectorados, presentan también los caracteres del período de reblandecimiento, y de la iniciación del cavernoso. El estado general, relativamente satisfactorio, y la falta de fiebre, no parecen indicar que estas lesiones vayan progresando, y más bien hacen suponer que están estacionadas ó quizá en vías de curación. En esta inteligencia, los signos físicos encontrados pudieran explicarse por la existencia de una caverna central al rededor de lo cual se hubiera desarrollado un proceso esclerósico de enquistamiento. Hubiera sido necesario conocer los signos físicos que anteriormente había presentado este enfermo, para deducir, de los que hoy tiene, si la masa indurada del vértice izquierdo es un foco caseoso que se va reblandeciendo, ó un cascarón esclerósico que va enquistando la escavación tuberculosa; pero á falta de datos anteriores, los que vayamos recogiendo mientras perma-

nezca sometido á nuestra obserxación dilucidarán esta parte del juicio diagnóstico (1).

En el resto del pulmón izquierdo, y en el lóbulo superior del derecho, las lesiones están menos avanzadas. En las regiones mamaria, axilar, infraescapular ó interescapular del lado izquierdo, el sonido percutorio es menos obscuro que en el vértice, y por auscultación se perciben estertores subcrepitan-tes finos, debiendo indicarnos que en las partes correspondien-tes del pulmón, el período de reblandecimiento está iniciándo-se. En la región subclavicular derecha, hay sonido tímpanico y espiración ruda y prolongada, cuyos signos dependen úni-camente de disminución de la elasticidad en el tejido pulmo-nar; pero como en la parte posterior se perciben ya algunos crugidos, hay que diagnosticar granulaciones tuberculosas en el período de germinación y conglomeración.

Á juzgar por lo que significan todos los signos recogidos, las lesiones están desigualmente repartidas en el espesor del tejido pulmonar, estando más interesado el plano anterior en el pulmón izquierdo, y el posterior en el derecho.

Tratándose de una enfermedad que se manifiesta y evolu-ciona de una manera tan diferente en los distintos sugetos, el diagnóstico no debe limitarse á demostrar la naturaleza, sitio, extensión y período evolutivo de las lesiones, sino que necesita abarcar otros extremos, quizá de más importancia para formular el pronóstico y precisar el tratamiento.

Ante todo, conviene hacer constar que no se trata de un sugeto predispuesto por herencia á la tuberculosis, puesto que sus ascendentes y colaterales han gozado de buena salud, y el enfermo pasó bien su infancia y adolescencia, llegando á presentar los caracteres orgánicos de lo que se considera como constitución fuerte; si ha llegado á ser tuberculoso, se debe á que accidentalmente disminuyó su resistencia orgánica

(1) Desde que se leyó la observación de este enfermo, hasta que es-cribimos estas cuartillas, los signos cavitarios se han ido haciendo más ostensibles, lo cual indica que progresan las lesiones, aun cuando muy lentamente, y sin producir fiebre.

y estuvo expuesto durante mucho tiempo á causas especialmente favorables para el contagio, puesto que vivió bajo el mismo techo, y cuidó por espacio de varios meses á un tuberculoso.

Que no es su organismo terreno muy favorable para la evolución del bacilo, y que las defensas orgánicas son suficientes, nos lo demuestran, la falta de fiebre, la conservación del apetito, el buen estado del aparato digestivo, la ausencia de hemoptitis, el no haberse presentado complicaciones en otros órganos, y la evolución lenta de las lesiones pulmonares.

Completado ya el juicio diagnóstico, para formular el pronóstico podemos contar, con que, dentro de la gravedad propia de esta enfermedad, se trata de una forma relativamente benigna, y que por consiguiente, aun cuando están bastante extendidas las lesiones, no hay motivo para desconfiar en absoluto de su completa curación. Son factores en favor de la benignidad: la apirexia, la conservación del apetito, el buen estado del aparato digestivo, el bienestar que acusa el enfermo y la falta de hemoptisis. Le obscurecen un poco: la demacración, la extensión de las lesiones pulmonares, la posición social del enfermo que no le permite disfrutar de los beneficios del régimen higiénico-dietético, tal cual debe plantearse para el tratamiento de estos enfermos, y el verse obligado á vivir en un hospital.

Las indicaciones que tendremos que llenar, serán las generales de esta enfermedad, porque no hay síntomas que mitigar, ni complicaciones que remediar. Partidario convencido de las excelencias del régimen higiénico-dietético, aplicaremos sus preceptos del modo como puede hacerse en este hospital: reposo en cama, tranquilidad de espíritu, sugestionarle la posibilidad de la curación, alimentación lo más variada y reparadora posible, aire..., el que se respira en la sala, y educarle para que contenga y utilice la tos. En los puntos donde parece más vivo el proceso tuberculoso, se hará una revulsión con el termo-cauterio. Como suplemento de alimentación, y según dicen, como medio de aumentar la resistencia orgánica contra el bacilo, le prescribiremos el jugo de carne cruda. A título de ensayo,

que ya sé por experiencia anterior no resulta nunca perjudicial, emplearemos el cinamato de sosa en inyecciones hipodérmicas. Cuando veamos el resultado que dá en éste, y otros enfermos que le están usando, os hablaré con más extensión de este tratamiento.

Tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica en periodo cavernoso, con fiebre y sudores profusos.

HOJA CLÍNICA NÚM. 43.

Sala de S. José, n.º 12. Alumno observador: D. J. Monroset Portella.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

J. R. de 19 años, soltero, natural de Valls, residente en Barcelona, lampista, y de costumbres desarregladas.

La historia patológica de la familia no proporciona datos de importancia. Fué criado por nodriza y durante la infancia gozó de buena salud, no habiendo sufrido otra enfermedad que el sarrampión á los seis años. Durante la pubertad ha padecido blenorragias, y catarros bronquiales casi todos los inviernos.

Trabajando con exceso, y estando mal alimentado, principió á darse cuenta de la enfermedad actual en el mes de Julio de 1902. Los primeros síntomas fueron: inapetencia cansancio al menor esfuerzo, y tos con expectoración hemoptóica. Estos síntomas han ido acentuándose lentamente y á ellos se agregaron, dolores torácicos, fiebre por las tardes, sudores nocturnos, frecuentes diarreas y demacración gradual. Con estos síntomas ingresó en el Hospital el 15 de Septiembre último, encontrándole en la cama que hoy ocupa al principiar el curso.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.— Se levanta todos los días y adopta indiferentemente cualquier decúbuto. Es un sujeto de piel fina y trasparente, cabellos lacios, ojos vivos y con escleróticas azuladas, cara pálida con rosetas en las mejillas, cuello largo, torax descarnado y estrecho, brazos y piernas delgados, dedos en forma de maza y genitales bien desarrollados. Por las mañanas está apirético y presenta

el pulso frecuente y blanco. Desde las tres de la tarde empieza un recargo febril, oscilando la temperatura entre 38° y 39°, y por la noche se presentan sudores que empapan las ropas y molestan considerablemente al enfermo.

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Respiración de tipo diafragmático, rítmica y tranquila mientras permanece en reposo; pero agitándose en cuanto hace el menor esfuerzo. Tos muy molesta, provocando vómitos en algunas ocasiones, y espectorando con dificultad. Dolores, no muy intensos, en el lado izquierdo del torax, aumentando cuando se agita.

En la región infraclavicular izquierda, la exploración permitió apreciar los siguientes signos: macidez, exageración de las vibraciones vocales, estertores de gruesas burbujas y á veces gorgoteo; después de haber tosido y espectorado, cuando el enfermo tiene la boca abierta, la percusión produce el ruido de ella cascada, y en estas mismas condiciones auscultando se oye un soplo anfórico, y pectoriloquia. En las regiones escapulares del lado izquierdo, el sonido percutorio es oscuro, y se percibe también la broncofonía y pectoriloquia. En el resto del pulmón izquierdo, el sonido percutorio es claro; pero se observan estertores subcrepitantes.

En el lado derecho del torax, la submacidez solo se observa en el plano posterior, los estertores son de burbujas menos gruesas, y la broncofonía solo se acusa de la región infraescapular.

EXAMEN DE LOS ESPUTOS.—En la escupidera se ve una espectoración abundante, de aspecto muco-purulento, y formada por un líquido en el que nadan grumos numulares. El análisis bacteriológico descubrió el bacilo de Koch.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Inapetencia, vómitos provocados por la tos, alternativas de estreñimiento y diarrea. Sueño intranquilo por los sudores y la tos. Orina encendida, sin presentar elementos anormales.

DIAGNÓSTICO

Tuberculosis pulmonar crónica en el período cavernoso, forma erética, con fiebre hética.

PRONÓSTICO

Gravísimo por el período y forma de la enfermedad, por las malas condiciones orgánicas del sujeto, y por que su posición social le obliga á permanecer en el hospital.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Reposo en cama. Ración de carne asada. Somatosa. Jugo de carne cruda. Aceite de hígado de bacalao creosotado al 1 por 1000. p. t. á cucharadas en la cantidad que su estómago tolere.

Al poco tiempo de estar usando el aceite de hígado de bacalao, hubo que suspenderle porque se presentó diarrea, necesitando para dominar este síntoma administrarle las pildoras de alumbre y extracto tebaico. Se ensayaron también las inyecciones de cinamato sódico, suspendiéndolas por la persistencia de la fiebre.

Aparte de este tratamiento fundamental, se han tenido que emplear otros para llenar indicaciones sintomáticas.

Para calmar la tos se han usado las dos fórmulas siguientes: 1.^a Extracto de acónito, 5 centigramos; Agua de laurel cerezo, 4 gramos; Julepe gomoso s. 120 gramos; Jarabe de hiepacacuana, 30 gramos, disuélvase y mézclese, p. t. á cucharadas cada media hora. 2.^a Heroína 1 centígramo; Extracto de digital, 2 centigramos; Mirtol, 10 centigramos, mézclese para una pildora, pudiendo tomar hasta cinco al día. La segunda fórmula calmaba mejor la tos que la primera.

Para hacer desaparecer los sudores: Gránulos de medio milígramo de sulfato neutro de atropina p. t., uno á las seis de la tarde. Agaricina en gránulos de cinco miligramos p. t., uno por la tarde. La atropina fracasó, y con la agaricina disminuyeron considerablemente los sudores nocturnos.

Contra la fiebre: Quisimos usar el alcanforato de piramidón, que se recomienda hoy en sellos de 25 centigramos p. t. cuatro al día, con objeto de substituir á la antipirina, que en este caso estaba contraindicada por los sudores; pero como no le tenían en la farmacia, se hizo uso del biclorhidrato de quiniña, tomando un sello de cincuenta centigramos á las dos de la tarde.

El día 6 de Noviembre se presentó una periostitis del maxilar inferior, y se pusieron cataplasmas hechas con miga de pan y una disolución de bromuro sódico al $\frac{2}{100}$. Terminó por supuración, y curó rápidamente en cuanto se incindió y se asepsizó la cavidad del absceso.

El 25 del mismo mes se quejó el enfermo de prurito, y se vió que tenía sarna. Durante tres días se emplearon fricciones con bálsamo del Perú; pero viendo que se resistía á este tratamiento, se emplearon los baños jabonosos seguidos de los de sublinado, no necesitado tomar más que dos para quedar completamente curado.

Con alternativas de mejoría y de agravación en los síntomas, y progresando siempre las lesiones, ha permanecido en la clínica hasta el 4 de Diciembre, en cuyo día pidió el alta.

Tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica en periodo de reblandecimiento, con fiebre y dispepsia

HOJA CLÍNICA N.º 44

Sala de S. José, n.º. 16—Alumno observador: D. Joaquin Marzal Rubio

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

A. G., de 27 años, soltero, natural de Riomarino (Italia), marinero, de costumbres desarregladas, y con el mal hábito de beber aguardiente en ayunas y siempre que podía proporcionárselo.

La historia patológica de su familia no proporciona ningún dato importante. A los 19 años tuvo una blenorragia que le duró seis meses. Hará cosa de unos diez años estuvo gravísimo, con una enfermedad que él llama fiebres de Córcega. Desde el año 1898, padece del estómago, no siendo continuas las molestias que acusa.

La enfermedad que hoy le trae al Hospital, la cree consecuencia de los desarreglos en el régimen alimenticio y de los rudos trabajos que se ha visto obligado á ejecutar, y refiere su principio al mes de Agosto próximo pasado. Los síntomas iniciales fueron: cosquilleo laríngeo, tos con vómitos y dolor en el costado izquierdo. En vez de aliviarse estos síntomas, conforme pasaba el tiempo, se fueron haciendo más molestos, y como á la par ha ido demacrándose y perdiendo fuerzas, se vió obligado á ingresar en el Hospital el día 10 de Octubre.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Está casi constantemente en la cama, adoptando de preferencia el decúbito supino, el color de la cara es pálido terroso, ojos hundidos, escleróticas azuladas, labios amoratados, cuello largo, y torax estrecho, siendo muy visibles los espacios intercostales. Demacración general. La temperatura, en la segunda mitad del día, está siempre por encima de los 38°, llegando á veces hasta 39,°2. El pulso es siempre pequeño, blando y frecuente; en el período de apirexia, oscila entre 100 y 110 pulsaciones por minuto,

habiendo llegado por las tardes, hasta 140. El día 11 de Octubre pesaba 39 kilogramos.

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Los movimientos respiratorios están acelerados, verificándose 40 veces por minuto. Dispnea al ejecutar algún esfuerzo. Tos molesta, que algunas veces provoca vómito, y termina, después de tres ó cuatro sacudidas, arrojando esputos purulentos, en los que se ha encontrado el bacilo de Koch. Voz apagada.

A la inspección, se nota ligero hundimiento en la región infraclavicular izquierda, y menor amplitud de las excursiones respiratorias.

Por percusión se comprueba una zona maciza que se extiende desde la clavícula, hasta la tercera costilla del lado izquierdo. En este mismo lado, se comprueba también macidez en el plano dorsal hasta el nivel de la quinta costilla. En el lado derecho hay submacidez en el vértice.

En el vértice del pulmón izquierdo, se oyen estertores gruesos y broncofonía. En el derecho, la respiración es áspera, y se oyen algunos estertores subcrepitantes.

EXAMEN DEL APARATO DIGESTIVO.—Aliento fétido. Lengua saburrosa. Dientes descarnados, y estomatitis eritematosa. Inapetencia absoluta. Sed. Dolor quemante en la región epigástrica, á las dos ó tres horas de haber comido, presentándose á veces eructos, piroxis, y vómitos de materias ácidas con olor á rancio. Estreñimiento pertináz.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Poliuria y micciones frecuentes (10 á 15 en las veinticuatro horas). Orina clara, en la que no se encuentra ni albúmina ni glucosa, y únicamente llama la atención que la proporción de urea, es 5,52 por 1000.

Insomnio. Algo de cefalalgia y atenuación de los reflejos tendinosos.

DIAGNÓSTICO

Tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica en el periodo de reblandecimiento avanzado, de forma erética, con pirexia, y dispepsia con hiperacididad orgánica en cuya producción ha influido el alcoholismo crónico. Se pensó en la diabetes; pero el análisis de la orina demostró la falta de glucosa.

PRONÓSTICO

Gravísimo por tratarse casi de una forma galopante, y presentar trastornos gástricos que contribuyen á precipitar la consunción.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Dieta de leche y carne asada. Reposo en cama. Para combatir el estreñimiento se dispuso la siguiente fórmula: Polvo de regaliz y de hojas de sen a. a. 30 gramos; Azufre lavado, 15 gramos; Azúcar, 40 gramos. Mézclase p. t. una cucharada con medio vaso de agua todas las noches. Como tratamiento general se han empleado las inyecciones de cinamato sódico en la misma forma que en los demás enfermos de la clínica.

Durante el tiempo que ha estado sometido á nuestra observación, mejoró algo el aparato digestivo; pero persistió la fiebre, y progresó la demacración, habiendo perdido de su peso 500 gramos en quince días.

El día 31 de Octubre pidió el alta para regresar á su país.

Tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica en periodo cavernoso, apirética y de forma hemoptoica, agravándose el enfermo desde que fué operado de una fistula de ano.

HOJA CLINICA N.º 45.

Sala de S. José n.º 2. Alumno observador: D. Jaime Corratge Torrent.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

J. V. de 21 años, soltero, natural de Lérida, zapatero y de vida y costumbres arregladas.

Su madre murió á consecuencia de un parto. El padre vive y goza de buena salud. Ha tenido cuatro hermanos de los cuales murieron dos en la infancia, y los restantes no padecen ninguna enfermedad.

Desde pequeño ha sido de salud delicada, teniendo color pálido y acatarrándose con facilidad.

Ha trabajado en locales mal ventilados y oscuros, con alimentación deficiente, y fatigas corporales excesivas. Se dió cuenta de la enfermedad actual en Septiembre del año 1901, porque se sofocaba al subir escaleras, tenía quintas de tos seguidas de vómitos y espectoración, y en algunas ocasiones salían los esputos con estrias de sangre. Su enfermedad hizo pocos progresos en los diez meses siguientes, y hasta se creyó más aliviado. En el mes de Agosto de 1902 ingresó en el Hospital para hacerse operar una fistula de ano que hacia tiempo padecía, y antes de que se cicatrizara por completo la herida opepatoria, se exacerbaron los síntomas torácicos, presentándose dos abundantes hemoptisis con pocos

días de intervalo, por cuyo motivo se le trasladó á la clínica médica donde le encontramos al principio el curso.

ESTADO ACTUAL.—*Exámen del hábito exterior y estado general:* Puede adoptár en la cama todos los decúbitos, pero prefiere estar sentado porque así respira mejor. Se levanta todos los días encontrándose decaído y con pocas fuerzas. La piel presenta un color pálido con rosetas en las regiones malesares. Demacración muy acentuada, habiendo desaparecido casi todo el panículo adiposo. Los dedos de las manos presentan la forma de maza. La temperatura por las mañanas no llega á 37°, y por las tardes sube tres ó cuatro décimas. Presenta sudores por las noches, casi siempre limitados á la cabeza y pecho. El pulso blando y un poco frecuente, oscilando entre 80 y 100 pulsaciones por minuto.

Conformación de la cavidad torácica: Clavículas prominentes, escápulas levantadas, espacios intercostales hundidos y regiones infraclaviculares escavadas. A simple vista se nota asimetría, apareciendo algo retraído todo el lado izquierdo. El eje del esternon está algo desviado hacia el lado derecho, notándose además en este hueso que es muy prominente el ángulo de Ludvig, y que hacia la mitad del cuerpo hay un segundo ángulo, aunque menos pronunciado.

	Axilar Ctms.	Media Ctms.	Inferior Ctms.	
Circunferencias.	(Respirando tranquilamente.. . . .	82	82	81
	(Haciendo una inspiración profunda .	84,5	84	82,5
	(Después de una espiración forzada. .	81,5	81,5	80

Distancia entre los dos pezones, 19 ctms. Distancia del pezón izquierdo á la línea media, 9 ctms. Distancia del pezón derecho á la línea media, 10 ctms. Semiperímetro izquierdo al nivel del mamelón, 40 centímetros. Semiperímetro derecho al mismo nivel, 42 centímetros.

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Respiración de tipo diafragmático verificándose de 30 á 42 movimientos por minuto en estado de reposo. Disnea al menor esfuerzo. Dolor en la región inframaria del lado izquierdo, irradiándose hacia la columna vertebral, y aumentando con la presión y las inspiraciones profundas. Tos húmeda que se hace muy molesta todas las mañanas, llegando á provocar vómitos.

En los movimientos respiratorios se ve que las expansiones son menos amplias en el lado izquierdo.

Las vibraciones se perciben exageradas en ambas regiones infraclaviculares, y están abolidas en la base del pulmón izquierdo.

Lo percusión produce sonido oscuro, en las fosas supra é infraclaviculares del lado izquierdo, en la zona semilunar de Traube, y en las regiones supra é infraespinosas de los dos lados. Percutiendo con algu-

na fuerza en la región infraclavicular del lado derecho, se produce un sonido timpánico, que adquiere tono alto cuando tiene abierta la boca.

Signos de auscultación: En el plano anterior izquierdo, hasta el nivel de la tercera costilla, estertores cavernulosos, soplo tubárico y broncofonía; desde la tercera á la sexta, estertores subcrepitantes, y en la base, respiración áspera y algunos crugidos. En la plano anterior derecho, hasta la cuarta costilla, estertores cavernosos, soplo tubárico y broncofonía. En el plano posterior, se oyen estertores subcrepitantes en todo el lado izquierdo, y en el derecho se nota además soplo tubárico y broncofonía en la fosa supraespinosa.

EXAMEN DE LOS ESPUTOS —Abundantes y completamente purulentos, presentando con frecuencia aspecto hemoptóico. El microscópio encontró en ellos, globulos rojos, glopulos de pus, fibras elásticas, micrococcus tetrágenus, diplococos y bacilo de Koch.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Come con apetito y solo aqueja ligera pesadez en el epigástrico en las primeras horas de la digestión. Deposición normales.

La orina es trasparente y un poco pálida; cantidad 1200 gramos en las 24 horas; densidad, 1,017; no hay elementas enormales.

DIAGNÓSTICO

Tuberculosis pulmonar en el período cavernoso; apirética y de forma hemoptóica, Adherencias pleuríticas, reliquias de antiguas pleuresias.

PRONÓSTICO

Muy grave, porque aún cuando no tiene fiebre y conserva en buen estado el aparato digestivo, la extensión de las lesiones pulmonares no es compatible con una larga supervivencia.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Desde el día 5 de Octubre hasta fines de Noviembre, estuvo este enfermo usando el cacodilato de sosa en gránulos de un centígramo, empezando por cuatro y llegando hasta diez en las 24 horas. Tomaba con gusto la ración común y un suplemento de leche. La temperatura llegó á 37,8 en los días 13, 15 y 17, de Octubre, permaneciendo por debajo de 37°, en los restantes. A fines de Noviembre se le pesó por segunda vez y había ganado 2 kilogramos. Desde el día 10 al 25 de Noviembre los esputos contenian gran cantidad de sangre, y después de haber emplea-

do para combatir esta hemoptisis las inyecciones con tres miligramos de ergotina Tanret, hubo que acudir al emético (polvo de hipecacuana 1 gramo; tartaro emético, 5 centigramos; divídase en 3 papeles para tomar uno cada diez minutos hasta provocar el vómito), consiguiéndose de este modo dominarla.

En los primeros días del mes de Diciembre, empezaron á usarse las inyecciones de cinamato sódico, suspendiéndolas á la tercera, porque se presentó una abundante hemotipsis, echando la sangre á bocanadas. Para cohibir esta hemoptisis, después de emplear el hielo, el ópio y la ergotina, hubo también necesidad de acudir al emético. Las temperaturas, durante este mes, llegaron á 37,6 en la mayor parte de las tardes. La demacración volvió á progresar.

El 4 de Enero se presentó otra nueva hemoptisis, que duró 48 horas, cediendo con el mismo tratamiento que se usó en las anteriores. El enfermo cada vez con menos fuerzas y más dispnea, no puede ya levantarse de la cama.

El día 15 de este mes, perdió, durante cuarenta y ocho horas, gran cantidad de sangre, empleando como tratamiento nuevo, una inyección con cien gramos de suero gelatinizado al $\frac{2}{100}$. Desde esta última hemoptisis, el enfermo quedó muy abatido; se presentaron edemas en los malleolos; tuvo accesos de dispnea, que sólo cedían cuando quedaba soñoliento después de hacerle una inyección con un centígramo de cloruro mórfico y cinco centigramos de espartenia. Estos accesos de dispnea fueron cada vez más intensos, y el enfermo murió el día 23 de Enero, sin haber presentado fiebre ni diarrea, y tomando bien los alimentos hasta el último día de su vida.

AUTOPSIA

Al tratar de abrir la cavidad torácica, fué ya necesario desgarrar las adherencias pleuríticas que unían las hojas visceral y parietal. Estas adherencias eran sobre todo extensas y resistentes en los vértices pulmonares y en los bordes posteriores, así es, que necesitamos emplear la tijera para aislar los pulmones.

El pulmón izquierdo está completamente convertido en una masa privada de aire, y conteniendo lesiones tuberculosas en período de reblandecimiento más ó menos avanzado. En el pedículo, los ganglios linfáticos, del tamaño de almendras, y completamente caseosos. Los brónquios gruesos, tenían la mucosa cubierta de una capa de pus. Los brónquios pequeños, estaban casi todos ellos dilatados, y en algunos puntos, las difataciones eran ampulares. En todos los cortes, se observaba una superficie llena de pequeñas cavidades purulentas, entre las que había masas caseosas reblandecidas. En el vértice se observaban

estas mismas lesiones, y además, cavernas del tamaño de avellanas, llenas de pus, y algunas en comunicación con brónquios dilatados.

En el pulmón derecho, las lesiones estaban también muy extendidas; pero se observaba más diferencia entre el vértice y las porciones restantes. En el vértice derecho fué donde se encontraron excavaciones de mayor tamaño y más próximas á la superficie.

No había, en resumen, ni un centímetro de tejido pulmonar sin lesiones tuberculosas en períodos de reblandecimiento.

El corazón á simple vista, aparecía de un color amarillento y como si el miocardio presentara degeneración grasosa avanzada.

Buscamos cuidadosamente dilataciones arteriales en las cavernas, y no encontramos ninguna.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica, de la hoja clínica núm. 45

Este enfermo es de los que se diagnostican á distancia, por llevar en la cara reflejada claramente su enfermedad. Sería hasta ridículo que tratándose de un hombre de 21 años, que se acatarraba con frecuencia desde su juventud; que sentía punzadas en los costados; que empezó su enfermedad tosiendo, espectorando sangre, perdiendo fuerzas y demacrándose; al verle hoy en cama, pálido, con chapetas rosadas en las mejillas, y proporcionando la exploración torácica todos los signos de la tuberculosis pulmonar, nos detuviéramos en razonar el diagnóstico nosológico y en hacer un detenido diagnóstico diferencial. En la clientela particular, sólo habría que pensar un poco para formular el pronóstico y para plantear el tratamiento. En una clínica dedicada á la enseñanza, debemos hacer algo más, procurando investigar la patogenia de todos los síntomas, y detallando, hasta donde sea posible, el diagnóstico, que desde el primer momento hemos formulado.

Antes que ninguna otra cosa, me ocurre preguntar: ¿desde cuándo es tuberculoso este enfermo? Él nos dice que siempre ha tenido mal color, siendo además de constitución delicada y acatarrándose con frecuencia, mas por estos datos, sólo es lí-

cito afirmar, que desde hace larga fecha era candidato á la tuberculosis pulmonar, sin que haya motivos para suponer que el bacilo estaba ya haciendo estragos en su organismo antes del mes de Septiembre de 1901, que fué cuando por primera vez notó que se fatigaba, y que al toser escupía sangre. La exploración fué la que nos proporcionó signos, para cuya interpretación es necesario admitir la existencia de otro padecimiento, que muy probablemente ha sido anterior á las lesiones pulmonares y de naturaleza también tuberculosa. Llamó nuestra atención la asimetría del torax con aplanamiento y estrechez del lado izquierdo, la menor amplitud de las expansiones respiratorias en este lado y la desviación del eje del esternón hacia el lado derecho. La palpación nos reveló la existencia de zonas donde las vibraciones vocales estaban exageradas, al lado de otras donde se encontraban completamente abolidas. Sorprendidos por estos signos, hasta cierto punto extraños á la enfermedad diagnosticada, interrogamos nuevamente al enfermo para que nos dijera si recordaba haber padecido en otra época alguna enfermedad con síntomas de pecho, y sólo nos dijo, que en el lado izquierdo venía sintiendo punzadas desde hacía muchos años. No eran estos antecedentes lo suficientemente claros para hacer el diagnóstico retrospectivo de una pleuresia; pero como esta enfermedad suele evolucionar silenciosamente, son bastantes para sospecharla, y para explicarnos de este modo el aplastamiento del torax, la desviación del esternón, la abolición de las vibraciones vocales y la debilidad del murmullo vexicular, porque éstas son las deformidades que producen, y los signos que revelan la existencia de falsas membranas retraciles uniendo la pleura visceral á la parietal. Las falsas membranas pleuríticas, son las reliquias de pleuresias sin derrame, ó con derrame reabsorbido, siendo su retractibilidad la causa más frecuente de las deformidades torácicas del tipo observado en este enfermo. En las autopsias de los tuberculosos, es muy frecuente encontrar adherencias pleuríticas, pero localizadas en los sitios donde las lesiones pulmonares están más avanzadas, en los vértices casi siempre, por ser donde más se aproximan las lesiones tuberculosas á la superficie recubierta por la pleu-

ra. En los vértices es donde se encuentran en este enfermo las lesiones pulmonares más avanzadas, y como los signos de pleuresía seca con falsas membranas, no se encuentran limitados á estas regiones, para explicarnos satisfactoriamente la retracción torácica unilateral, es más lógico suponer la existencia anterior de una pleuresía generalizada, evolucionando por cuenta propia, que no admitir simplemente focos pleuríticos parciales, perituberculosos y secundarios. Esta pleuresía, que nosotros diagnosticamos, debe ser muy antigua, anterior á la época en que el enfermo escupió por primera vez sangre, pues de otro modo no hubiera llegado á producir deformaciones torácicas tan profundas, y como hoy sabemos que las pleuresías primitivas son muchas veces tuberculosas, á la que sufrió este enfermo, bien la podemos dar esta calificación al ver como tras de ella se ha presentado la tuberculosis pulmonar. Discutiendo dé este modo, podemos contestar á la pregunta formulada diciendo: con grandes probabilidades este enfermo era tuberculoso desde una fecha anterior á la que él señala para fijar el principio de su padecimiento actual, y los bacilos, antes de provocar congestiones pulmonares hemoptoicas, determinaron pleuresía seca, ó con derrame que se reabsorbió, sin que el enfermo se apercibiera de ello.

Ha presentado también este enfermo una fístula de ano, que curó mediante una intervención quirúrgica. Sin querer aquí discutir si las fístulas de ano de los tuberculosos son siempre bacilares, y si deben ó no operarse, bueno será anotar, para aportar datos á los cirujanos, que este individuo vino al Hospital el año pasado sin preocuparse de su afección torácica, y sólo para que le curaran su fístula, y cuando esto se consiguió, no pudo ya dársele el alta, porque los síntomas de la tuberculosis pulmonar se acentuaron rápidamente.

Hemos diagnosticado la probable existencia de cavernas en ambos vértices, pero donde se dan á conocer por signos indudables (estertores cavernosos, soplo tubárico, broncofonía y timpanismo), es en el pulmón derecho, que es precisamente el que, en extensión, parece menos invadido. Esto demuestra que en la evolución del proceso tuberculoso no marchan á la

par la destrucción y la difusión, viéndose aquí en el pulmón derecho, las lesiones más avanzadas, y en el izquierdo, más extendidas.

Llama también nuestra atención el que, con signos físicos de cavernas pulmonares, el enfermo no tenga fiebre y conserve el apetito. Es un caso más que demuestra la existencia de formas clínicas piréticas y apiréticas, y que la fiebre depende, no tanto del grado y extensión de las lesiones, como de la virulencia del bacilo específico, de los micro-organismos que se le asocian y de las condiciones orgánicas del sujeto atacado. En cambio, vemos aquí una tendencia marcada á la presentación de hemoptisis.

Síntesis del juicio diagnóstico: Sujeto predispuesto á la tuberculosis pulmonar y con los caracteres orgánicos del hábito tísico de Areteo. Como primera manifestación del proceso tuberculoso, una pleuresia que ha dejado como reliquias adherencias pleuríticas y retracción costal. La tuberculosis pulmonar, que empezó insidiosamente, ha progresado con rapidez después de haber sido operado de una fístula de ano. Hoy, 18 de Octubre, comprobamos lesiones tuberculosas extendidas á todo el pulmón izquierdo y gran parte del derecho, habiendo llegado al período cavernoso en ambos vértices, y estando bastante avanzado el reblandecimiento en el resto de los pulmones. En general, su evolución ha sido rápida, conservándose la apirexia, y con marcada tendencia á las hemoptisis.

El pronóstico de un tuberculoso, debe hacerse poniendo en parangón los factores de gravedad y benignidad. En este caso, lo son de gravedad: el hábito y constitución pobre del sujeto, lo avanzadas y extendidas que están las lesiones pulmonares, las manifestaciones tuberculosas de otros órganos, la tendencia á las hemoptisis, la posición social y el medio hospitalario. Atenúan algo el pronóstico: la falta de fiebre, la conservación del apetito, y el buen estado del aparato digestivo. Si todo continuara así, no nos haríamos la ilusión de poder curar á este enfermo, pero sí la de prolongar bastante su existencia, porque los tuberculosos que no tienen fiebre y co-

men con apetito, se defienden. ¿Cuánto tiempo durará este estado de relativa tranquilidad? No lo sabemos.

El tratamiento ha tenido como base los cuidados higiénico-dietéticos, tal cual pueden procurarse en este Hospital. Como medicación encaminada á reforzar la resistencia orgánica, hemos prescrito la cacodílica, que es una de las que merecen alguna confianza. Para prevenir la hemoptisis, mantene-mos al enfermo en reposo, calmamos su tos, y hacemos revul-siones periódicas con el termo-cauterio. En cuanto se inicia este síntoma, nos apresuramos á cohibirle.

SEGUNDA PARTE DE ESTA LECCIÓN: El enfermo tuberculo-so que ocupó la cama núm. 2, de la Sala de San José, murió el día 23 de Enero, y el 24 se practicó la autopsia de su cadáver. Su observación nos ha enseñado que la tuberculosis pulmonar puede ocasionar la muerte sin llegar á producir fiebre, comiendo con apetito, sin haber tenido diarrea ni un sólo día, y que esto puede suceder sin complicación extrapulmonar, y sólo por los progresos de las lesiones que disminuyen gradualmente el campo de la hematosi y dan lugar á hemorragias abundantes.

Cuando en la mesa de autopsia vimos sus pulmones, fijos por las adherencias pleuríticas, y convertidos en masas tuberculosas, en vez de sorprendernos su muerte, nos admiró que hubiera vivido tanto tiempo. Las abundantes hemorragias que se habían presentado en los últimos días de su vida, nos hicieron buscar con cuidado, para ver si encontrábamos aneurismas de Rasmussen, que son la causa más frecuente de las hemoptisis abundantes en el período cavernoso. No se vió ninguno, y hay que admitir que las hemorragias se han presentado por sencillas congestiones pulmonares determinadas por la toxina tuberculosa, y por los obstáculos circulatorios que son consecuencia obligada de la caseificación y esclerosis avanzadas.

**Tuberculosis pulmonar ulcerosa crónica en periodo cavitario.
con gran dispnea, péñfico caquético y anasarca final.**

HOJA CLÍNICA NÚM. 46.

Sala del Santo Cristo núm 14.

Alumno observador: D. José Mercader y Fierro.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

T. B. de 25 años, casada, natural de Barcelona, costurera, y de vida y costumbres arregladas.

Sus padres han disfrutado habitualmente de buena salud, habiendo muerto la madre á consecuencia de una pulmonía. Han sido diez hermanos, de los cuales han muerto cinco por enfermedades que desconoce la enferma, siendo fuertes y robustos los que en la actualidad viven. Su marido también parece sano

Principió á menstruar á los 18 años, siguiendo el flujo con regularidad mientras estuvo soltera. A los 24 años se casó, teniendo un aborto de cuatro meses y no habiendo vuelto á quedar embarazada.

En su infancia padeció sarrampión y viruela. Ha tenido tres pulmonías, á los 12, 14 y 15 años, las cuales fueron todas graves, y gravísimas la 1.^a y 3.^a sin que se diera cuenta de haberla quedado reliquias de estas enfermedades.

Desde los primeros años de su vida, hasta que se casó, ha permanecido asilada en la Casa de Caridad. Durante el año de vida conjugal, hospedó en su casa á un sujeto que tenía accesos febriles por las tardes y tosía arrojando los esputos en la habitación, sin ninguna precaución. Coincidiendo con esta causa especial de contagio, hace 7 meses que principió la enfermedad que hoy aqueja, y con los mismos síntomas que tenía su huésped: tos con expectoración abundante, inapetencia, fiebre y sudores por las noches. Por algún tiempo siguió todavía desempeñando las obligaciones de su casa; pero al fin por falta de fuerzas se vió obligada á ingresar en el Hospital el 30 de Julio último, encontrándola en la clínica al principiar el curso.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Permanece constantemente en la cama, sentada ó en decúbito lateral izquierdo, porque

en el derecho aumenta la tos y la dispnea. Palidez de piel y mucosas. Cara hipocrática con labios y orejas cianóticos. Dedos en forma de maza. Demacración general, con desaparición de todo el panículo adiposo y atrofia de los músculos. Edemas en ambas extremidades inferiores, y en la piel del abdomen. El sensorio está despejado; pero se encuentra abatida y su voz es apagada. Fiebre continua con exacerbación vespertina y sudores nocturnos, oscilando la temperatura entre 38° y 39°, y las pulsaciones entre 100 y 120. Pesaba el 14 de Octubre, 41 kilogramos.

CONFORMACIÓN DE LA CAJA TORACICA.—Torax demacrado, glándulas mamarias atrofiadas, regiones supra é infraclaviculares muy excavadas, omoplatos desprendidos. A simple vista parece algo aplastado el lado izquierdo y ligeramente abombado el derecho. La circunferencia axilar media: en inspiración ordinaria, 76 ctms; en inspiración forzada 77; en espiración ordinaria, 75, y en espiración forzada, 74.

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Tipo respiratorio, diafragmático; inspiración corta y espiración prolongada; las escursiones respiratorias están limitadas por un dolor intenso que acusa en la región inframamaria izquierda y en el reborde abdominal de las tres últimas costillas del lado derecho. Dispnea intensa, verificándose 40 respiraciones por minuto y necesitando poner á contribución todos los músculos respiratorios auxiliares; este síntoma aumenta siempre después de las comidas, y sobre todo por las noches. Tos fatigosa, más frecuente por las noches, con expectoración difícil y exacerbación de los dolores torácicos, aliviándose inmediatamente después de tomar alimento.

INSPECCIÓN.—Pared anterior: en el lado izquierdo aparece la fosa infraclavicular más escavada y las escursiones respiratorias parecen menos amplias. Pared posterior: estas mismas diferencias se observan en las fosas supra é infraespinosas del lado izquierdo.

PALPACIÓN.—Pared anterior: en el lado izquierdo están las vibraciones vocales exageradas en el vértice y en la base; en el derecho, aumentadas en el vértice y disminuidas en la base. Pared posterior: vibraciones exageradas en todo el lado izquierdo, y unicamente en el vértice del lado derecho.

PERCUSIÓN.—Pared anterior: macidez en todo el lado izquierdo, espacio semilunar de Traube inclusive; en el lado derecho, macidez en las fosas claviculares, y sonoridad normal en las regiones restantes. Pared posterior: en el lado izquierdo, macidez hasta la octava costilla; en el lado derecho la insonoridad no llegaba más que hasta la cuarta costilla.

AUSCULTACIÓN.—Pared anterior: en el vértice del lado izquierdo, estertores subcrepitantes, broncofonía y tos con retintín metálico; en la base del mismo lado, estertores, egofonía y tos cavernosa; en el vértice del lado derecho, estertores subcrepitantes, roncus y silbidos, algo de broncofonía y tos con retintín metálico. Pared posterior: en el vértice

izquierdo, estertores cavernosos, broncofonia y tos cavernosa; en la base de este mismo lado, estertores de gruesas burbujas, broncofonia y tos con timbre metálico; en el vértice del lado derecho, estertores gruesos, broncofonia, sopro bronquial y tos tubárica; en la base de este mismo lado, algunos estertores finos.

EXAMEN DE LOS ESPUTOS.—Espectoración abundante, de aspecto purulento y formada por una parte líquida en la que flotan grumos numulares. El microscopio descubrió en ellos, células epiteliales, glóbulos de pus, micrococos tetrágenos y bacilos de Koch.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Cefalalgia por las tardes, zumbidos de oídos y vértigos en cuanto levanta la cabeza de la almohada, sueño intranquilo con sudores profusos y generalizados á todo el cuerpo. Sensación de ardor y sequedad en la boca y fauces, inapetencia, digestiones penosas, rejugitaciones, eructos ácidos, vómitos alimenticios y biliosos, diarrea. Palpitaciones de corazón. Amenorrea.

Las orinas fueron examinadas el 14 de Octubre, y volvió á repetirse el análisis el 15 de Noviembre, cuando ya estaba la enferma anasarquica, sin encontrar nunca ni albúmina ni cilindros; los caracteres físicos eran normales.

DIAGNÓSTICO

Tuberculosis pulmonar úlcerosa crónica en período cavitario, con fiebre continua y consunción.

PRONÓSTICO

Gravísimo, siendo de temer la terminación fatal en breve plazo.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Dado el estado en que se encontraba esta enferma cuando nos hicimos cargo de su observación, no había que pensar en llenar más indicaciones que las puramente sintomáticas.

El primer día, aun cuando ya presentaba edemas y diarrea, no eran muy molestos estos síntomas y se procuró, antes que nada, moderar la fiebre y calmar la tos, prescribiéndole estas dos fórmulas: Bromhidrato de quinina y extracto de cornezuelo de centeno a. a., 1 gramo, p. h. 10 píldoras y tomar tres al día.—Extracto tebaico, 15 centigramos; Extracto de belladona, 10 centigramos; Jarabe de tolú, 90 gramos, disuélvase p. t. una cucharadita cada dos horas.

Día 17 de Octubre: Se cambió de calmante para la tos, prescribiendo

el jarabe de codeina, á las mismas dosis que el que anteriormente tomaba.

18 de Octubre: Tiene mucha dispnea y espectoración con gran dificultad, y en vista de estos síntomas se dispuso: Infusión de polígala, 150 gramos; Alcanfor raspado, 1 gramo; Licor amoniacal anisado, 2 gramos; Jarabe de hiepacacuana, 30 gramos, mézclese p. t. una cucharada cada dos horas.

20 de Octubre: Los edemas han aumentado, la cianosis es muy acentuada, el pulso blando y muy pequeño. Para estimular el corazón y el sistema nervioso se dispone: Sulfato de estrignina, 1 gramo; Agua esterilizada, 10 ctm.³, disuélvase para inyectar un ctm.³ todos los días.

25 de Octubre: Hay que pensar en contener la diarrea que es muy abundante: Alumbre calcinado, un gramo; Extracto tebaico, 50 centigramos, mézclese p. 20 pildoras, tomando una cada ocho horas con observación. A la vez se cambió de calmante para la tos, prescribiéndose: Agua destilada de laurel cerezo, 4 gramos; Extracto de acónito, 5 centigramos; Julepe gomoso, 120 gramos; Jarabe de hiepacacuana, 30 gramos, m. p. t. una cucharada cada media hora, hasta obtener el efecto calmante.

Durante todo el mes de Octubre, la fiebre ha continuado, pero las temperaturas de 39.^o, que tenía los primeros días, han sido reemplazadas por las de 37,5 por las mañanas y 38.^o por las tardes. El desfallecimiento cardíaco, la dispnea y los edemas se han ido acentuando.

Días 1, 2 y 3 de Noviembre: La dispnea se hizo intensísima llegando á tener 70 respiraciones por minuto. Se la pusieron tres inyecciones diarias con 20 centigramos de cafeína cada una, y se calmó algo.

6 de Noviembre: Se presentan edemas en las manos, dolor en la parte izquierda del abdomen y leucorrea. Sigue con la cafeína y se vuelve al jarabe de codeina: Aunque el dolor abdominal se supone dependiente de la tuberculosis peritoneal, para aliviarle se dispone: Extracto de beleño, 2 gramos; Id. de belladona, 4 gramos; Glicerina, 30 gramos, para fricciones.

8 de Noviembre: Al intentar levantarse para ir al escusado, la da un síncope y queda después con hipotermia, delirio, pulso pequeñísimo é incontinencia de orina y heces fecales. Inyecciones de aceite alcanforado.

14 de Noviembre: Se ha repuesto de las consecuencias del síncope; pero los edemas se han generalizado hasta la cara y está, por consiguiente, completamente anasarquica.

15 de Noviembre: Se presentan tres vaxículas, una en la mejilla derecha y las dos restantes en la falange de los dos índices, con todos los caracteres del pénigo caquéctico.

En los días siguientes, la enferma quedó en un adormecimiento continuo, y sin nuevos síntomas murió el día 24 á las ocho de la mañana.

AUTOPSIA

Había tan estensas adherencias entre las dos hojas de la pleura y entre la visceral y los vértices pulmonares, que al tratar de levantar a pared torácica se arrancaron trozos de tejido pulmonar.

El pulmón izquierdo estaba todo él recubierto por falsas membranas pleuríticas, y á simple vista se notaba que era asiento de un trabajo esclerósico. Era de pequeño volumen y sumergiéndole en el agua se hundió rápidamente. Por medio de cortes se comprobó que la infiltración tuberculosa no había respetado ninguna porción; que en los vértices había grandes cavernas, y que en los demás lóbulos había también excavaciones; pero sobre todo esclerosis.

El pulmón derecho, presentaba por el contrario un aumento considerable de volumen por enfisema. En el vértice, varias cavernas del tamaño de avellanas llenas de pus. En el lóbulo medio, infiltración tuberculosa generalizada. En el inferior, también se apreciaban infiltraciones tuberculosas; pero dominaba el enfisema por delante, y la congestión en la parte posterior.

El pericardio estaba distendido por un abundante derrame hidrópico.

El corazón tenía en su superficie coloración amarillenta. El ventrículo derecho muy distendido y lleno de coágulos.

En el peritoneo no se observan á simple vista lesiones tuberculosas.

El hígado aumentado considerablemente de volumen, duro, resistente y con un color ligeramente amarillento.

El bazo por su aspecto macroscópico parecía normal.

Los riñones pesaban cada uno 125 gramos, y ni en su superficie, ni en los cortes se observaba nada anormal.

Como la enferma había muerto con signos de caquexia, y anasarquica, sospechamos hubiera degeneración amiloidea de los riñones y de otros órganos, y para comprobarla se hizo el estudio histo-químico de las visceras, encontrando en el hígado la reacción característica de la sustancia amiloide, y faltando en los riñones.

Ha sido un caso de tuberculosis en el que han evolucionado á la par la caseificación y la esclerosis, llegando á producirse hiposistolia por dilatación y degeneración cardíaca, y caquexia con degeneración amiloidea del hígado.

**Pleuresia seca en el curso de una tuberculosis pulmonar
incipiente.**

HOJA CLINICA N.º 47.

Sala de S. José n.º 3. Alumno observador: D. A. Figuerola Aufran.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

L. G. de 38 años, soltero, natural de Laroca (Zaragoza), residente en Barcelona desde hace seis años, albañil y calderero, con hábitos alcohólicos y vida desarreglada.

Su padre murió á los 65 años á consecuencia de una afección aguda de pecho. La madre y seis hermanos, viven y gozan de buena salud.

En su infancia padeció la tos ferina y algunas fiebres catarrales. En su juventud, paludismo y chancros blandos.

Desde hace cosa de un año, el enfermo dice que tosía y que alguna vez escupía sangre. La enfermedad actual cree que principió el 25 de Octubre, con escalofrios repetidos, dolor pungitivo en el costado derecho, dificultad para respirar, tos seca, y anorexia. Durante los nueve días que ha permanecido en su casa, ha tenido fiebre con recargo vespertino y sudores, la tos se ha hecho húmeda, el dolor y la dispnea han cedido algo, y se ha presentado diarrea. Viendo que la enfermedad se prolongaba, ingresó en el Hospital el día 3 de Noviembre.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—En los primeros días de su enfermedad se veía obligado á guardar en cama el decúbito lateral izquierdo, porque el dolor torácico aumentaba en el derecho; después que se calmó este síntoma, adopta preferenteme el supino, y sin dificultad permanece en cualquier otro. Es un hombre bien conformado, musculoso, y de constitución fuerte. Desde que está enfermo ha perdido algunas carnes, y su piel y mucosas han palidecido. Temperatura, 37°,8 por la mañana y 38°,2 por la tarde. El pulso amplio y algo blando, late 78 y 82 veces por minuto.

CONFORMACIÓN DE LA CAJA TORÁCICA.—El pecho está en general bien desarrollado, y no se aprecia en él otra deformidad, que estar el mamelon del lado derecho algo más bajo que el del lado izquierdo. El diámetro antero-posterior y las circunferencias, tienen las dimensiones

normales. Midiendo aisladamente los dos semiperímetros, la diferencia en favor del derecho es solo de un centímetro, y por consiguiente es la que corresponde al estado fisiológico.

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO.—Respiración frecuente, 44 movimientos por minuto. Dolor pungitivo en la parte media de los espacios intercostales 5.º y 6.º, aumentando algo por la presión, al toser, y al practicar inspiraciones profundas. Sensación de opresión torácica. Tos poco fuerte y con expectoración escasa.

El tipo respiratorio es abdominal, siendo menos amplias las expansiones inspiratorias en la parte baja del lado derecho.

Las vibraciones torácicas un poco exageradas en la región infraclavicular derecha, y normales en los demás puntos.

Por percusión se aprecia macidez casi absoluta en la parte baja del lado derecho, teniendo por límites superiores, en la región axilar, la 7.ª costilla, y en la parte posterior, el ángulo del omoplato. En el vértice derecho ligera submacidez.

El murmullo vexicular es normal en todo el pulmón izquierdo. En el derecho la auscultación revela, aspereza respiratoria y crugidos en el vértice; broncofonía, soplo bronquial y algunos estertores subcrepitantes en la región inter-escapular, disminución del murmullo vexicular y soplo suave en la base.

EXAMEN DE LOS ESPUTOS.—La expectoración es escasa y de aspecto mucopurulento. En los días 6 y 18 de Noviembre se practicaron análisis bacteriológicos, encontrando en ambos el bacilo de Koch y algunas bacterias piógenas.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Inapetencia, sed, lengua algo saburrosa, estreñimiento. La orina encendida y escasa, sin que su análisis descubriera principios anormales.

DIAGNÓSTICO

Pleuresia seca y congestión de la base del pulmón derecho. Tuberculosis pulmonar, en el período de germinación, interesando, casi exclusivamente, el vértice del pulmón derecho.

PRONÓSTICO

Grave, porque aun cuando el proceso tuberculoso pulmonar está en el período inicial, y no muy extendido, el haberse presentado como complicación una pleuresia aguda, indica tendencia á la generalización.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

Desde el día 3 de Noviembre, hasta el 11 del mismo mes, estuvo febril, oscilando la temperatura entre 37°,5 por las mañanas y 38°,2 por las tardes. En todo este tiempo siguió acusando opresión y dolor punzante en el costado derecho. Los signos físicos fueron modificándose, reapareciendo la sonoridad, y el murmullo vespicular en los sitios donde al principio no se notaban. Estuvo en cama con dieta de líquidos, y tomando todos los días tres sellos de 50 centigramos de teobromina.

El día 14, se hizo una punción exploradora en el punto donde la oscuridad del sonido percutorio era mayor y no se sacó líquido de ninguna clase.

Una vez que terminó el período febril, se le dispuso ración común y tres cucharadas al día de aceite de hígado de bacalao creosotado al 4 por 1000. Empezaron también á usarse las inyecciones de cinamato sódico, en la misma forma que en los demás enfermos de la clínica.

Recobró rápidamente el apetito y las fuerzas, y como ya no sentía ninguna molestia en el pecho, se le dió el alta aconsejándole que viniera á la clínica dos veces por semana para seguir observándole y continuar inyectándole la disolución de cinamato sódico.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de pleuresia seca, en el curso de una tuberculosis pulmonar incipiente, de la hoja clínica núm. 47

Este enfermo resulta interesante, porque nos enseña como la tuberculosis pulmonar se presenta algunas veces á la observación del médico con las apariencias de una afección aguda de los órganos de la caja torácica, y como las pleuresias, cuando invaden á sujetos cuyos pulmones estaban previamente enfermos, pueden presentar signos físicos poco claros, necesitándose, para precisar si existe ó no derrame, acudir á la punción exploradora.

Llegó á la clínica diciéndonos que siempre había gozado de buena salud, y que el padecimiento que le obligaba á venir al hospital había empezado bruscamente hacía diez días,

con escalofríos, dolor fijo en el costado derecho, dificultad para respirar, y algo de tos. Estaba febril, y explorando la caja torácica, vemos: menor movilidad en las últimas costillas del lado derecho, macidez á la percusión en una zona que presentaba el máximum de elevación hacia la punta del omoplato derecho, soplo bronquial suave, broncofonía y disminución del murmullo vexicular. Con estos antecedentes y estos síntomas, pensamos que se trataba de una pleuresia aguda, con derrame poco abundante.

Para precisar la naturaleza de esta pleuresia, entre otras exploraciones, practicamos cuidadosamente la del vértice del pulmón del mismo lado donde existía la lesión pleurítica, y entonces ya nos llamó la atención, que no solamente faltaba la mayor resonancia que recibe el nombre de ruido skódico, y que se observa cuando los derrames pleuríticos son medianos y el pulmón subyacente está sano, sino que tampoco se obtenían los signos del esquema núm. 2 de Grancher (sonido +, vibraciones +, y respiración —), indicadores de la congestión del vértice. Había, sí; exageración de las vibraciones vocales; pero en vez de tímpanismo, se apreciaba submacidez, y por la auscultación, además de la respiración débil, se notaba aspezeza y crugidos. Estos signos indicaban algo más que congestión, había indudablemente tuberculosis, y este juicio se confirmó encontrando bacilos de Koch en los esputos, é interrogando nuevamente al enfermo, el cual nos dijo entonces que hacía ya mucho tiempo, más de un año, que venía tosiendo, y que alguna vez escupió sangre; pero que no sintiendo otras molestias, había dado poca importancia á estos síntomas, no creyendo que tuvieran relación con la enfermedad que le había obligado á venir al hospital.

El diagnosticar una tuberculosis pulmonar, relativamente antigua, en vez de quitar valor á los signos que nos habían hecho afirmar la existencia de una pleuresia, por el contrario se le aumentó, porque siendo la pleuresia una complicación bastante frecuente de la tuberculosis pulmonar, una exacerbación brusca del cuadro sintomático, con apariencia de enfermedad de nueva invasión, y con fiebre, dolor de costado, limitación

de las ampliaciones torácicas, macidez de la base, sople bronquial y brôncofonia, no podía ser otra cosa.

Al querer precisar la naturaleza del exudado, ó mejor dicho, al tratar de reconocer si había ó no exudado clínicamente apreciable, ya se ofrecieron algunas dificultades. El no percibir frote pleurítico, parecía indicar que entre las hojas de la serosa, había líquido interpuesto; pero al ver que existían las vibraciones vocales en la zona maciza, y que la medición de ambos perímetros torácicos no dió más que una diferencia de un centímetro en favor del derecho, diferencia que, como sabeis, es la que se comprueba en el estado fisiológico, nos inclinamos á suponer que se había tratado de una pleuresia seca, ó con un derrame muy ligero que se había reabsorbido en su mayor parte.

De todos modos, para disipar estas dudas, hicimos una punción y aspiración exploradora con una geringuilla de Pravatz, sin extraer ni líquido pleurítico, ni sangre, ni aire. Era indudable que en aquel punto no había derrame líquido; pero como la aguja que empleamos era bastante larga, la punción exploradora nos demostró también que el pulmón no se encontraba adosado á la pared torácica, pues de no ser así, puncionando en este órgano hubiéramos extraído un líquido sanguíneo y espumoso. El resultado de esta exploración nos permitió suponer, que entre la pleura costal, que atravesamos con la aguja, y el pulmón, que no llegamos á tocar, existía algo interpuesto, y no podía ser otra cosa que falsas membranas, quizá reliquias de otras pleuresias anteriores; de este modo se explica ya perfectamente que con todos los demás signos de derrame pleurítico persistieran las vibraciones vocales, y no se hubiera dilatado el semiperímetro derecho del torax. Hasta es muy posible que la pleuresia reciente haya invadido una pleura previamente tabicada por falsas membranas, y que en otros puntos existiera líquido enquistado; pero como esto no había de ser motivo para sentar indicaciones terapéuticas, desistimos de hacer nuevas punciones exploradoras.

El pronóstico y el tratamiento han de estar informados en el reconocimiento de la afección pulmonar. La pleuresia no

puede considerarse en este caso más que como un accidente que indica la tendencia del proceso tuberculoso á franquear las barreras, y que por sí puede contribuir algo á estrechar el campo de la hematosiis. El derrame, si existe, no es clínicamente apreciable, y no da lugar á ninguna indicación. El tratamiento habrá de ser el de la tuberculosis pulmonar en el período inicial, y éste fué el que prescribimos.

Pleuresia con derrame sero-fibrinoso, cuya considerable cantidad obligó á practicar con urgencia la toracentesis, y cuyo estudio demuestra que no todas las pleuresias primitivas son tuberculosas

HOJA CLÍNICA NÚM. 48.

Sala del Sto. Cristo n.º 12. Alumno observador: D. José Sauret y Coll

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

J. M., de 30 años, soltera, natural de Corella de Navarra, residente desde hace cinco años en Barcelona, cocinera, y de vida y costumbres morigeradas.

Sus abuelos y su padre lograron llegar á edades muy avanzadas gozando de completa salud. La madre murió á los 45 años de una pulmonía. No ha tenido hermanos, y entre sus demás parientes no ha conocido ninguno que padeciera enfermedades crónicas del pecho.

Principió la menstruación á los once años, y ha seguido siempre con regularidad.

A los siete años pasó el sarampión sin que la quedaran reliquias. A los 16, tuvo forúnculos en la axila izquierda, que supuraron y curaron pronto. Hace dos años fué á pasar una temporada á su pueblo natal y allí adquirió unas fiebres palúdicas de tipo tercianario que duraron 15 días, y desaparecieron en cuanto regresó á Barcelona y tomó un medicamento en píldoras.

Atribuye su enfermedad actual á un enfriamiento que sufrió al pasar de la cocina al lavadero. Principió bruscamente el 22 de Octubre, con escalofríos repetidos, fiebre intensa, dolor pungitivo en el costado izquierdo, dispnea, tos seca y escasa que procuraba contener porque exacerbaba el dolor, cefalalgia, malestar general, anorexia, sed viva y orina escasa.

Durante los tres primeros días de la enfermedad permaneció en su casa teniendo que guardar cama y adoptar, en ella, el decúbito lateral derecho porque el izquierdo aumentaba las molestias; los dolores del costado, la fiebre y el malestar general, se han calmado algo, pero la disnea ha ido en aumento, y por este motivo, a pesar de los dolores ha tenido que cambiar de decúbito en la cama, echándose sobre el lado dolorido. El día 24, por la tarde, la trasladaron al Hospital, y nosotros principiamos á observarla el día 25 por la mañana.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Decúbito supino ó lateral izquierdo. Cara encendida con las conjuntivas ligeramente inyectadas y chapetas más rojas en los pómulos. Bien conformada; pero con escaso pániculo adiposo. Temperatura: 38 ° por la mañana y 38.°5 por la tarde. Pulso pequeño, duro y frecuente, 98 pulsaciones por la mañana y 120 por la tarde.

SENSACIONES ANORMALES Y TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO RESPIRATORIO.—Respiración fatigosa y frecuente, 34 respiraciones por minuto; dolor puntitivo en el costado derecho, que tiene su maximum de intensidad en el quinto espacio intercostal por fuera del mamelón, aumentando por la presión, y haciéndose agudísimo cuando intenta respirar profundamente ó se ve obligada á toser; tos seca y poco fuerte; cefalea; malestar general.

EXPLORACIÓN DE LA CAJA TORÁCICA.—*Inspección:* A simple vista, observábase algo de asimetría torácica por mayor amplificación del lado izquierdo, y á la vez se nota que las excursiones respiratorias son menos amplias en todo este lado izquierdo, y nulas en su parte más inferior.

Medición: Circunferencia axilar ó superior, 74 cmts.; circunferencia mamilar ó media, 75 cmts.; circunferencia xifoidea ó inferior, 70 cmts.; semiperímetro izquierdo, desde la apófisis espinosa de la quinta vértebra dorsal, hasta la línea media esternal, 40 cmts.; semiperímetro derecho al mismo nivel, 40 cmts.; semiperímetro izquierdo al nivel de la apófisis espinosa de la dozava dorsal, 34 cmts.; semiperímetro derecho á este mismo nivel, 33 cmts. Deducciones: hay ensanchamiento patológico del semiperímetro izquierdo, de un centímetro al nivel de la quinta vértebra dorsal, y de dos centímetros al nivel de la dozava, teniendo en cuenta que en el estado fisiológico, el semiperímetro derecho mide un centímetro más que el izquierdo.

Palpación: Las vibraciones torácicas se perciben con normalidad en todo el lado derecho y en las regiones infraclavicular y supraespinosa del lado izquierdo; hay un ligero reforzamiento al nivel de la cuarta

costilla del lado izquierdo, é inmediatamente debajo, abolición completa, que se extiende ya á todo el resto del lado izquierdo del torax.

La punta del corazón late inmediatamente debajo del apéndice xifoides.

Percusión: Sensación de resistencia y macidez absoluta en la parte inferior del lado izquierdo del torax. Esta zona de macidez tiene por límite superior una línea que corresponde, en la línea para-esternal izquierda, al borde inferior de la cuarta costilla; en la mamaria, al borde superior de esta misma costilla; en la axilar anterior, al borde superior de la quinta; en la axilar posterior, al borde superior de la sexta; en la escapular, á la séptima, y en la línea media posterior, á la sexta apófisis espinosa dorsal.

Desaparición completa de la zona timpánica de Traube.

La macidez torácica antes descrita, se continúa sin limitación con la zona de macidez precordial, que rebasa por la derecha el borde del esternón, y con la hepática.

En la región infraclavicular izquierda, sonido timpánico (skodismo).

Auscultación: En la parte más baja de la zona maciza, no se percibe ni el murmullo vexicular, ni ruidos anormales; en la parte alta de esta misma zona, soplo brónquial suave y broncofonía; al nivel del ángulo del omoplato izquierdo, soplo brónquial y pectoriloquia afona.

EXAMEN DEL RESTO DEL ORGANISMO.—Inapetencia; mal gusto en la boca; lengua ancha, húmeda, y con los bordes y punta rojos. Sueño intranquilo.

EXAMEN DE LA URINA.—Cantidad, en las 24 horas, 1,500 gramos. Color, amarillo verdoso. Transparencia, normal. Densidad, 1,032. Reacción, ácida. Urea, 16/000. Ácido úrico, 0,40/000. Albúmina y glucosa, 0.

DIAGNÓSTICO

Pleuresia del lado izquierdo, con derrame sero-fibrinoso abundante, y dislocación del corazón. Parece primitiva, y está en el período febril con tendencia á seguir aumentando el derrame.

PRONÓSTICO

Por el momento no es grave, si se vigila el derrame; pero si aumenta algo más la dislocación del corazón y la compresión que sufre, tanto esta viscera, como los demás órganos del mediastino, pudieran presentarse accidentes graves. Para el porvenir, dependerá de los elementos bacteriológicos que hayan producido el derrame, siendo de temer la presencia del bacilo de Koch.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

DÍAS 25 Y 26 DE OCTUBRE.—En la mañana del día 25 principió la observación y se dispuso: Dieta lactea. Hojas de digital, 1 gramo; agua, 120 gramos, infúndase y añadese; jarabe de las cinco raizes, 30 gramos, p. t. una cucharada cada 2 horas.

El día 26, por la mañana, la temperatura es de 38°, con 100 pulsaciones y 38 respiraciones. El nivel de la zona de macidez ha subido, y la punta del corazón late á la derecha del apéndice xifoides: Sigue con el mismo tratamiento.

DÍA 27.—Por la mañana la encontramos con gran dispnea; temperatura 38°; pulsaciones, 120; respiraciones, 40. La línea superior de la zona de macidez llega á la espina del omóplato; el corazón late á un traves de dedo á la derecha del apéndice xifoides; el pulso es pequeño y blando.

TORACENTESIS.—Se consideró urgente la evacuación del derrame, y después de comprobar su naturaleza sero-fibrinosa por medio de una punción exploradora, se practicó inmediatamente la evacuadura, puncionando con la aguja núm. 2 del aparato aspirador de Potain en el 8.º espacio intercostal y en la línea que pasa por el angulo del omóplato, y estrayendo, con aspiración, 1000 ctms³. de líquido.

Por la tarde había disminuido la dispnea; la temp^a. era de 37°,5; pulsaciones, 98; respiraciones, 32. La punta del corazón late entre la línea esternal y la mamilar izquierda. El nivel de la zona de macidez ha descendido hasta cerca del angulo del omóplato, quedando trazada con lapiz dermatográfico para seguir con cuidado sus oscilaciones. Se suspendió la digital y se prescribió 1 gramo de teobromina en dos sellos, para tomar en las 24 horas.

DÍA 28.—Ha orinado abundantemente. Temperatura, 37°,7 por la mañana y 38°,2 por la tarde; pulsaciones, 98 y 110; respiraciones, 28 y 30. El nivel de la zona de macidez no ha sufrido variación. Igual tratamiento.

DÍA 29. Ha pasado la noche tranquila y sigue orinando abundantemente. Temperatura, 37°,4 y 37°,6; pulsaciones, 94 y 100; respiraciones, 26 y 34. El nivel superior de la zona macidez se ha elevado un centímetro. Sigue con igual tratamiento, y como hace varios días que no mueve el vientre, se agrega un vaso de agua de Rubinat.

DÍAS 30 Y 31. La temperatura, pulsaciones y respiraciones como el día anterior. La zona de macidez permanece sin variación. Igual tratamiento medicamentoso, agregando á la alimentación, sopa y gallina.

DÍAS 1, 2, 3 Y 4 DE NOVIEMBRE.—La temperatura ha oscilado entre 37°,4 y 37°,8; el día 3 descendió bruscamente á 36°,4 y el 4 volvió á ele-

vase á 38°, pero descendiendo á las 12 horas para continuar apirética en todo el curso de la enfermedad; las pulsaciones y respiraciones han tenido análogas oscilaciones. El nivel de la zona de macidez va descendiendo paulatinamente. Se suspendió la teobromina y empezó á tomar aceite de hígado de bacalado creosotado.

DÍA 10.—En los días anteriores no ha ocurrido otra novedad que el haber sudado abundantemente algunas noches. En este día se ha recrudecido la tos y empieza á espectorar; por auscultación se perciben estertores subcrepitantes en las bases de ambos pulmones.

DÍA 12.—La enferma se ha levantado encontrándose fuerte; come con apetito y digiere perfectamente. Pesó, 41 kilogramos. El nivel de la zona de macidez ha ido descendiendo y unicamente queda submacidez en una pequeña extensión de la base; se percibe el murmullo vespicular y algunos estertores; ha desaparecido el soplo bronquial, y han reaparecido las vibraciones vocales.

DÍA 20.—Se procede á una exploración detenida y en ella se comprueba que el derrame ya no es clinicamente apreciable; pero que el pulmón todavía no se ha desplegado completamente porque la respiración es debil y algo áspera en la zona que ocupó el derrame. El estado general es excelente, y el día 21 se la dió el alta recomendándola siga las prescripciones higiénicas que se aconsejan á los predispuestos á la tuberculosis pulmonar. También se la encargó que nos visitara periódicamente con objeto de vigilar el estado de sus pulmones.

INVESTIGACIONES COMPLEMENTARIAS

EXAMEN DE LOS ESPUTOS.—Desde el día 10 de Noviembre la tos de esta enferma se hizo húmeda y arrojaba con ella esputos mucosos en escasa cantidad. Repetidas veces se ha hecho su análisis bacteriológico sin encontrar nunca el bacilo de Koch.

ESTUDIO DEL EXUDADO PLEURÍTICO.—Se recogió con todas las precauciones de asepsia el líquido extraído para poder hacer su estudio completo.

CARÁCTERES FÍSICOS.—Cantidad, 1000 ctsm³ Color amarillo verdoso. Densidad, 1,030. Coagulabilidad, á las pocas horas se formó un abundante coágulo.

ESTUDIO QUÍMICO.—Cantidad de albúmina, 8,45 por 1000.

EXAMEN BACTERIOLÓGICO SOBRE LAMINILLAS.—No se encontró ningún micro-organismo.

INOCULACIONES EXPERIMENTALES.—Se inyectó en la cavidad peritoneal de dos conejos 10 ctsm³ del exudado y, al cabo de tres meses no se había observado en ellos fenómeno patológico alguno.