

de cuatro centímetros cuadrados ha llegado aquí á adquirir una extension de diez centímetros en su mayor diámetro, y de siete ú ocho en el menor; la fuerza y la proximidad de los ruidos del corazon y la resonancia metálica á la auscultacion, traen inmediatamente el diagnóstico: *Hipertrofia del corazon*. En efecto, aunque no sea muy necesario, vamos á hacer el diagnóstico diferencial. No puede confundirse mas que con dos afecciones: las palpitations nerviosas y la pericarditis húmeda, con derrame.

En las palpitations nerviosas hay resonancia metálica; pero no hay aumento en la área maciza. En la pericarditis con derrame, se nota este último fenómeno; pero además de que la resistencia que dan las paredes del torax al dedo que percute es menor aquí, los ruidos son muy lejanos, sordos y no hay resonancia metálica.

La presencia de un ruido de soplo que empieza un poco antes del primer tiempo, que cubre despues todo este y se prolonga un poco despues, que se hacia mas aparente en la punta y se reforzaba á la derecha, me hizo diagnosticar un estrechamiento con insuficiencia del orificio aurículo-ventricular derecho; pero el Sr. Montes de Oca me hizo notar que aunque el soplo se reforzara á la derecha, el estrechamiento y la insuficiencia se encontraban á la izquierda, atendiendo al siguiente dato de un valor clínico indudable: que las lesiones del corazon izquierdo son mucho mas tolerables, y van acompañadas menos de esas formidables congestiones viscerales que son la consecuencia de las del corazon derecho. Esta opinion fué combatida al Sr. Rocha por el Dr. Lucio en una de las cátedras de Patología interna. Enfrente de dos opiniones tan enteramente contrarias y sostenidas por personas tan respetables, me quedé perplejo; quise adoptar una, y guiándome por los conocimientos fisiológicos, adopté la del Dr. Montes de Oca; sin embargo, no estaba absolutamente conforme con una opinion que seguí solo por la teoría, hasta que hecha la autopsia de nuestro enfermo quedó esta confirmada. Es un solo caso probante, pero puedo tener el orgullo de decir: yo he visto en un caso esto que antes adoptaba por la teoría, lo cual no deja de ser una gran ventaja.

La afeccion pulmonar, como lo demuestra su sintomatología, era oscura. Dejamos su diagnóstico para fundarlo por exámenes minuciosos y concienzudos, sospechando únicamente en la existencia de una tuberculizacion incipiente.

En cuanto al ataque, es indudable que se trata de una epilepsia; pues la histeria es tan rara en el hombre, que la mayor parte de los autores le niegan la posibilidad de poseer esta neurosis. Respecto de su diagnóstico entre epilepsia esencial y sintomática, me inclinó por la primera; pues el individuo no acusa ningun trastorno de la sensibilidad y de la motilidad, así como tampoco de los órganos de los sentidos.

En resumen, el diagnóstico quedó en los siguientes términos: estrechamiento é insuficiencia del orificio aurículo-ventricular izquierdo con hipertrofia compensatriz del corazon. Adherencia de las dos hojillas del pericardio consecutiva á una pericarditis seca. Epilepsia esencial y una afeccion pulmonar que sospeché fuera la tuberculizacion incipiente.

Pronóstico.—La lesion orgánica del corazon tiene que terminarse por la muerte, é indudablemente la hipertrofia es un medio de que se ha servido la naturaleza para equilibrar la dificultad que el órgano tiene en expulsar la cantidad de sangre que recibe; de manera que si aquella no existiera, el enfermo moriria mas pronto. Quién sabe si la afeccion permanecerá estacionaria, pero esto seria raro en el presente caso, por la marcha tan rápida que ha tomado la enfermedad, y la dispnea existe ya. Respecto de las otras afecciones, no pude entonces pronosticarlas; pero si es efectivamente una lisis pulmonar, y si como sucede frecuentemente, despues de algun tiempo se acentúan los síntomas que pertenecen á una lesion orgánica del cerebro y de la que son sintomáticos los ataques epileptiformes, el pronóstico se hará infinitamente mas grave.

Tratamiento.—No habiendo indicacion apremiante que llenar, ni complicacion de la lesion orgánica que combatir, y siendo de regla abstenerse de todo tratamiento un poco enérgico en este caso, le prescribí una bebida de infusion de polígala endulzada, por mandarle algo y para que no creyera que se le abandonaba á su suerte. Nada intentamos contra la epilepsia por temor de que el bromuro de potasio empleado en tal circunstancia, obrara sobre la hipertrofia, que siendo compensatriz de la lesion principal, de ninguna manera debe combatirse. Por alimentos, racion comun.

(Continuará.)

REVISTA EXTRANJERA.

Sobre el empleo de la atropina para combatir los sudores de los tísicos, por el Doctor J. M. Williamson.

The Lancet, núm. 26.—Julio de 1871.

El *Philadelphia Medical Journal* publicó en 1872 una nota del Dr. Wilson, en que consignaba haber empleado con éxito cuatro veces el sulfato de atropina, para combatir los abundantes sudores de los tísicos.

El Dr. Frantzel publicó en 1873 numerosos resultados análogos, obtenidos con ayuda de este medio.

Las investigaciones recientes del Dr. Williamson, llaman en la actualidad la atencion sobre este punto.

Diez y seis casos han sido estudiados, obteniendo los efectos siguientes: En los diez y seis enfermos los sudores han disminuido mas ó menos. En cuatro casos el efecto del medicamento ha sido inmediato y persistente; en otros cuatro no ha sido mas que temporal. En siete enfermos, una primera y débil dosis de atropina (un octavo de grano), ha disminuido sensiblemente los sudores; pero ha sido necesario aumentar la dosis para mantener este efecto, que desaparecia inmediatamente que se sus-