

REVISTA MÉDICA

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE I.

Bogotá, 4 de Noviembre de 1873.

NÚM. 6.º

PARTE OFICIAL.

EXTRACTO DE LAS ACTAS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA. SESION DEL DIA 31 DE MAYO.

Presidencia del señor doctor M. Plata Azuero.

Asistieron los señores Aparicio, Castañeda, García, Osorio, Medina, Plata Azuero, Rengifo y Zerda Liborio. Entraron después los señores Corredor y Zerda Bayon.

Se dió lectura: 1.º á el acta de la sesion del dia 4 de Mayo, la cual fué aprobada; y 2.º á una nota del señor Jefe Municipal de la ciudad en la cual pide un tratamiento curativo y profiláctico para una angina difterítica desarrollada en Usaquen con caractéres epidémicos.

El señor doctor Osorio apoyando la nota del señor Jefe Municipal, presentó un cuadro, cuyos datos, dijo, le habian sido dados por una persona á quien él consideraba como conocedora de esta afeccion, y en el cual se manifiestan el número de casos de angina que ha habido en el trascurso de los meses de Noviembre á Mayo, y en la zona comprendida del Chicó á Tibabita.

El doctor Rengifo manifestó que, en vista del número de casos que cita el cuadro, de la marcha de la enfermedad, de su duracion y de la clase de personas en quienes se habia presentado, se oponia á darle el nombre de epidemia y mucho ménos de epidemia con los caractéres de difterítica, porque el diagnóstico de esta afeccion es demasiado delicado para aceptarle cuando no es hecho por personas de reconocida instruccion médica.

Contestando estas objeciones, el señor doctor Osorio dijo, que él solo podia responder de tres casos calificados de angina difterítica observadas en Bogotá, y en los cuales empleó el tratamiento preconizado por Aubrum y que consiste en administrar al interior el percloruro de hierro y hacer cauterizaciones con el licor de Rodet.

Propuso luego el doctor Plata Azuero y la Sociedad aprobó, que tanto el cuadro como la nota pasaran al Presidente de la comision de epidemias para que informara teniendo en cuenta las observaciones que se habian hecho en la discusion.

PRESENTACION DE TRABAJOS.

El señor doctor Aparicio presentó, á nombre del señor Isaias Saavedra, alumno de la Escuela de Medicina, la observacion de un caso de *melanemia* completada con una leccion clínica del doctor Osorio. Pasó en comision al señor doctor Fajardo.

El señor doctor García, á nombre del señor doctor Ramon Rómulo Rivera, un trabajo sobre la *peladeca*. Pasó en comision al señor doctor Librado Rivas.

Y los señores doctores Rengifo y Osorio la observacion de un caso de *pannus* con granulaciones en la conjuntiva tratado con éxito por la inoculacion del pus de la oftalmia purulenta.

Después de haber leído esta observacion, tomó la palabra el doctor Plata Azuero:

He tratado la conjuntivitis granulosa, objeto de la observacion, durante dos meses y por los diversos medios que se indican para estos casos. Empleé entre otros la

escarificacion de las granulaciones y la aplicacion local del acetato de plomo en polvo, con lo cual hubo al principio una mejoría; pero el tratamiento no pudo continuarse debidamente, porque el enfermo tuvo necesidad de salir del Hospital.

El empleo del *virus* de la oftalmia purulenta es, á mi juicio, un remedio extremo, que debe emplearse tan solo en casos resistentes á otros tratamientos, y que sean de naturaleza esencialmente crónicos, complicados con hipertrofia de los tejidos submucosos; es decir, en casos desesperados. He visto en cuatro el empleo de este tratamiento producir los más desastrosos resultados. Yo mismo lo apliqué una vez en Cúcuta en una mujer de más de 70 años, con el mismo desgraciado suceso. En consecuencia, siendo esta observacion extremadamente interesante, propongo lo siguiente: "Publíquese la observacion que acaba de leerse en el periódico de la Sociedad."

Aprobada esta proposicion el doctor Plata Azuero volvió á tomar la palabra:

Quiero dar el ejemplo poniendo en práctica uno de los objetos más interesantes que se ha propuesto la Sociedad de Medicina, cual es el consultarnos respecto á los casos clínicos que se presentan diariamente en nuestra práctica para provocar así la discusion sobre los difíciles, y buscar el concurso de la experiencia y de las luces de la Sociedad.

Receto actualmente á un jóven de 14 años, débil y linfático, en quien se presentó hace unos 4 meses un ligero dolor en la rodilla izquierda que ha ido aumentando poco á poco hasta hacerse casi continuo é intolerable. Hace dos meses le apareció en la extremidad superior del fémur un dolor intenso casi incesante y tan violento que ha mantenido al enfermo durante este tiempo en completa vigilia. Aparecieron á la vez en las inmediaciones de la ingle dos pequeños paquetes ganglionares influtados y extremadamente dolorosos. Quince dias hace me hice cargo de él, y hallé los siguientes síntomas: la rodilla izquierda aumentada de volúmen; y espesor de los dos cóndilos del fémur, pero sin reblandecimiento, ni señal alguna de fluctuacion; extremo enflaquecimiento; mucosa bucal enrojecida; diarrea; vómitos de vez en cuando; pulso de 100 á 120 y los dolores de que he hablado llegados al más alto grado imaginable. Diagnosticó *tumor blanco de origen escrofuloso*. (El orador hizo el diagnóstico diferencial y habló de las alteraciones anatómo-patológicas que lo ocasionan.)

Es de advertir que el jóven no ha sufrido reumatismo; solo ha padecido un ligero exzema, que le apareció desde niño y se presenta de tiempo en tiempo. Ocho dias después de estarlo asistiendo, la rodilla empezó á aumentar de volúmen y presentó bien pronto una fluctuacion manifiesta. He tratado al enfermo con el fosfato de cal y el bismuto al interior para mejorar el estado de las vias digestivas, haciendo uso á la vez del aceite de hígado de bacalao con mucha prudencia. En la rodilla he aplicado sanguijuelas, fomentaciones, cataplasmas, fricciones mercuriales, vegigatorios pequeños curados con morfina, y grandes rodeando toda la articulacion, fricciones calmantes de todo género, y con todo esto y con la ad-

ministracion al interior de narcóticos, no he conseguido disminuir en nada los agudísimos dolores; solo el hidrato de cloral le causaba alivios de muy poca duracion. En conclusion, consulto á mis compañeros sobre el método que deba emplear para dar salida al líquido de la rodilla con ménos riesgo para el paciente á quien considero colocado en circunstancias desesperantes.

DR. OSORIO.—Creo deba darse salida al pus por medio de un sedal y por el método aconsejado por Rell. No veo inconveniente en practicarlo introduciendo una aguja fina, lo cual puede servir como medio de diagnóstico y no impide el que se recurra á los otros medios que tenemos para abrir los abscesos frios. El avenamiento no creo que dé buenos resultados, porque el tubo de caucho se estrecha en las dos extremidades, ó impide la salida de los líquidos, y muchas veces obrando como un cuerpo extraño irrita demasiado. Además no creo que en los abscesos sintomáticos sesiles debe preferirse á los demas medios.

DR. RENGIFO.—No participo de la repugnancia que el doctor Osorio tiene por el avenamiento. En los casos en que se usa es necesario asociarle inyecciones detersivas para limpiar el tubo y las cavidades que atraviesa; y en cuanto á la compresion del tubo por los labios de la herida, ella cesa tan pronto como se establece la supuracion, lo cual le permite correr fácilmente de un lado al otro.

Con respecto al caso del señor doctor Plata, admito el diagnóstico, y me llama desde luego la atencion el modo centrípeto como se propagan los dolores, puesto que en general la propagacion se hace en sentido inverso. Igualmente me llama la atencion el paquete ganglionar periférico, el cual con los dolores en la region coxo-femoral y en la rodilla, pueden muy bien hacer sospechar una coxo-artrocaica.

La aparicion repentina de la hinchazon en la rodilla me hace sospechar una emigracion del pus de arriba hacia abajo, y por tanto, me permito recomendar la punction con el trócar cubriendo la extremidad de la cánula con un tubo de caucho delgado para evitar la entrada del aire. Creo ademas que si el enfermo resiste, la excision de la rodilla es lo único que puede salvarle.

DR. CASTAÑEDA.—En mi práctica he tenido un caso semejante al que nos refiere el señor doctor Plata. Era un niño de seis años en quien un golpe en la rodilla le ocasionó un tumor en esta parte. Despues de haber agotado todos los remedios aconsejados para este caso, resolví en vista de la situacion desesperante y de la emaciacion en que se encontraba el enfermo, practicar una punction con el trócar explorador, porque de un momento á otro el tumor se habia desarrollado más y hecho evidente la fluctuacion. Con esta punction obtuve un brillante resultado, pues con la salida del pus la mejoría fué rápida y el enfermo se curó en pocos dias.

Siendo avanzada la hora, se levantó la sesion á las diez y media de la noche.

El Secretario, A. Aparicio.

TRABAJOS DE LA SOCIEDAD.

OBSERVACIONES CLINICAS

presentadas por el doctor Evaristo Garcia.

Sala de hombres, cama número 14.—Paciente Atanasio, Rincon.—De veinte años, natural de Funza, estado civil, casado, de profesion jornalero.—Principia la historia el dia 14 de Marzo de 1873 y concluye el dia 2 de Abril de 1873 por la muerte del paciente.—Diagnóstico, peritonitis sub-aguda y (cirrosis?)—Pronóstico fatal.

ANTECEDENTES.

Interrogado el paciente, dice que ántes del 1.º de Marzo no ha sentido nada alguna, pero que de ese dia en adelante ha experimentado dolores vagos y obtusos en el vientre, vómitos biliosos al principio, y luego aumento del volumen del abdomen, lo cual observó por la dificultad para abotonarse los pantalones; ha habido alternativas de diarrea y constipacion.

Examinado con cuidado, presenta un color amarillento de la piel, y amarillo bien notable en las conjuntivas; pulso débil y frecuente, batiendo ciento veinte veces por minuto, prostracion de las fuerzas pero sin enflaquecimiento considerable. El vientre muy aumentado de volumen, daba á la palpacion una sensacion de renitencia; elástico, como si se oprimiera una pelota de caucho; sonoro hácia su parte superior, se demostraba no obstante por la fluctuacion, derrame de liquido en el interior; poca sensibilidad á la presion.

En el hipocondrio derecho, se demostraba un aumento considerable en el volumen del hígado, pues el sonido macioso de la percusion se extendia desde el quinto espacio intercostal hasta tres ó cuatro traveses de dedo abajo de las falsas costillas: no habia dolor agudo á la presion.

Venas de la parte superior del abdomen desarrolladas.

Mucha sed; pérdida del apetito; ligera diarrea.

Sedimento rojo, color de ladrillo en las orinas.

Tal era el aparato sintomático del enfermo el 14, y atendiendo á la existencia de la fiebre, á los antecedentes que daba el paciente, y á los otros sintomas del lado del abdomen, no vacilé en diagnosticar una peritonitis sub-aguda. Pero el aumento considerable del hígado, el tinte ligeramente amarillento de la piel, el de las conjuntivas, acompañando á los otros sintomas que dejo enunciados, indicaban una lesion grave en esa viscera, bien parecida á la *Cirrosis*, aunque en mi concepto, el diagnóstico, ofreciese serias dificultades.

Se le prescribió como tratamiento fricciones con unguento gris en el abdomen. Esta medicacion se sostuvo hasta el 20 que se suspendió por haber aparecido los signos de una estomatitis con ligera hemorragia de las encias, se le dieron ademas algunas bebidas diuréticas.

Durante este tiempo el derrame de líquido en el abdomen aumentaba, la prostracion era mayor, el pulso débil. El 30 hubo perversion de las facultades intelectuales, opresion, las fuerzas decaían más, hasta éf de dos de Abril en que murió.

AUTOPSIA.—Al levantar la pared anterior del abdomen se dió salida á una gran cantidad de liquido color citrino; hácia la parte inferior del paquete intestinal existian falsas membranas de reciente formacion que se extendian de una ansa á otra del intestino. El gran epiploon, adherido á la cara posterior de la pared abdominal, en su parte posterior, presentaba granulaciones miliares, que se extendian á la parte que tapiza el hígado. Esta viscera aumentada de volumen, rodeada por un tejido fibroso resistente, pesaba dos mil trescientos gramos, color amarillento pálido, liso en su superficie, muy resistente á la presion, muy duro al cortarlo, produciendo bajo el escalpelo la sensacion que se ha designado con la frase de *gritar bajo el escalpelo*. Al corte, ó desgarradura, los gránulos de color gris amarillento son aparentes á la vista. Falta el examen al microscopio.

Dos ó tres ganchos tuberculosos en el pulmon.

CONCLUSIONES.—La autopsia ha demostrado la existencia de una peritonitis acompañada de tubérculos miliares, que se han señalado en la generalidad de los casos, como causa de la inflamacion crónica de esta membrana.

La autopsia ha demostrado tambien una alteracion profunda en el tejido hepático, pero estas lesiones no corresponden bien claramente á las de una cirrosis comun.

La muerte en la cirrosis llega lentamente; pero en el presente caso ha marchado rápidamente, y con los sintomas que da Becquerel en la cirrosis aguda, en la cual hay aumento en el volumen del hígado, ictericia, el derrame abundante se hace pronto, y la muerte sobreviene en cinco ó seis semanas.

Pero el aspecto liso de la superficie del hígado, la dureza, las granulaciones, la estructura *acinosa* más evidente, conociendo con tubérculos miliares en el peritoneo, dan fundamento para pensar en una degeneracion *ceviminosa* ó *amidacea* del hígado.

Todos estos hechos me han hecho juzgar el presente caso como curioso en la ciencia, y digno de ponerlo en conocimiento de la sociedad, para que si tiene por conveniente, se nombre una comision que examine el hígado que presento, y por la aplicacion del microscopio y de los reactivos quimicos se determine bien la naturaleza de la lesion.

Bogotá, Abril 5 de 1873.

2.ª Observacion.—Sala de mujeres número 63.—Dominga Sánchez, natural de Tunja, 20 años de edad, soltera y panadera de profesion, tomó cama en el Hospital el 14 de Abril de 1873.

Hace tres meses poco más ó ménos, que empezó á sentir peso en el hipocondrio del lado derecho, acompañado de fatiga y dificultad en la respiracion. Esta sensacion de peso fué aumentando, hasta convertirse en dolor lento, extendiéndose al pecho, al hombro y brazo derecho.

Bien pronto aparecieron vómitos de color verde y sabor amargo, los cuales han persistido hasta hoy.

Alternativas de diarrea y constipacion durante este tiempo.

Enflaquecimiento, debilidad.

ESTADO ACTUAL.—Coloracion amarilla de la piel y de las conjuntivas, enflequecimiento notable, prostracion y voz trémula.
Falta de apetito, sed viva, lengua ancha, roja y húmeda, vómitos blancos, muy frecuentes, diarrea.

Aumento del calor en la piel, pulso frecuente y débil, batiendo ciento ochó veces por minuto.

La region del lado derecho del abdomen correspondiente al hígado aumentada de volúmen, saliente, sensible á la presion. Por la percusion se demuestra que el hígado ha aumentado mucho en su volúmen, extendiéndose el sonido maciso desde la tetilla hasta unos cuatro dedos abajo de las falsas costillas.

Abdómen aumentado de volúmen, y ligero derrame de líquidos en su interior.

Estos síntomas han ido aumentándose dia por dia; prostracion mayor, pulso frecuente, aumento de coloracion en la piel, sed, vómito y diarrea.

Se le prescribió al principio una purga de ruibarbo y jalapa (á cuatro granos), ventosas escarificadas en la region del hígado, y cinco piloras de Sarsaparilla en los dias siguientes.

El 22 del mismo mes hay delirio, carfologia, pulso débil, frecuente, respiracion anhelosa; meteorismo notable, renitencia en el vientre, evacuaciones involuntarias, orina con sedimento rojo.

De aquí en adelante el pulso empieza á bajar (72 por minuto), la piel se enfria, el vientre no disminuye de volúmen, y sobrevienen todos los síntomas de una agonía larga hasta el 24 en que murió.

AUTOPSIA.—Levantada la pared anterior del abdomen y del pecho, se encontró:

1. Derrame considerable de líquido claro transparente en la cavidad abdominal, (dos litros más ó ménos).

2. Hígado muy aumentado de volúmen, llenando todo el hipocóndrio y extendiéndose hasta tocar con el bazo. Color amarillo subido; superficie lisa, lúcente; bordes gruesos; consistencia no muy resistente. Al cortar, granulaciones amarillas aparentes. Peso, 2 kilogramos 600 gramos.

3.° El peritoneo que tapiza el hígado sembrado de tubérculos grandes, al estado crudo. En el mesenterio tubérculos miliares.

4.° Los pulmones congestionados y con tubérculos miliares diseminados, más abundantes en la pared del lado derecho.

5.° Bazo con placas amarillas, duras, espesas en el parenquima, teniendo en su espesor una extension de uno á dos centímetros.

2. Observacion.—Abril 10—Isabel Rincon, natural de Genesano, soltera, sirviente, de veintiocho años de edad.

Hace tres á cuatro meses que empezó á sentir aumentado el volúmen del vientre, con pesantez al lado derecho, náuseas, edema en los piés, cuya hinchazon desapareció á poco tiempo. El aumento del vientre ha seguido, con enflequecimiento, debilidad, mal estar y diarrea frecuente de color amarillo. Esto la ha decidido á pedir cama en el Hospital.

ESTADO ACTUAL.—Enflequecimiento, prostracion de fuerzas, coloracion amarilla de la piel y conjuntivas, lengua pastosa, mucha sed, anorexia, diarrea abundante amarilla, abdomen aumentado de volúmen, renitente, meteorismo, fluctuacion. Hipocóndrio derecho aumentado por el hígado, que se extiende desde el 6.° espacio intercostal hasta cuatro dedos abajo de las falsas costillas; dolor intenso á la presion en la region gastro-hepática; venas dilatadas en la superficie; nada de vómitos.

Pulso, 120 por minuto.—Un vomitivo.—Dia 11.—Fuera del efecto del vomitivo, tenemos el mismo aparato sintomático.

12. Aumenta el derrame de líquido en la cavidad del vientre, dolor á la presion, 120 pulsaciones, mucha ansiedad, respiracion anhelosa.

14. La dificultad para respirar y el aumento del vientre, hacen que se le haga la punction, arroja un líquido citrino.

15. Alguna perturbacion en las facultades mentales, el pulso un poco frecuente por la mañana, es débil, pequeño y disminuye á 98 por la tarde, prostracion de fuerzas, evacuacion involuntaria, disminuye el calor de la piel, respiracion pequeñas, agonía.

16. Muere.

AUTOPSIA.—Levantada la pared anterior del abdomen y pecho, se encontró:

1. El paquete intestinal adherido á la pared del abdomen por falsas membranas.

2. Grande epiploon espeso, retraido debajo del hígado, muy adherido á este órgano.

3.° Hígado adherido al diafragma y á la pared abdominal correspondiente, tan aumentado de volúmen que pasaba un poco al lado izquierdo, color amarillo, consistencia dura, peso de 2. k. 700 gramos. Coloracion amarilla al corte, aspecto granuloso, celulas amarillas muy aparentes.

Tratado con la tintura de yodo dió un color verde azul en las celulas amarillas, lo cual forma en el fondo moreno, un puntado muy aparente; dejando caer algunas gotas de ácido sulfúrico toma un color rojo anaranjado. Si en el lugar del verde, se deja caer el ácido, este color se transforma en moreno apizarrado.

4.° Bazo aumentado de volúmen sin alteracion apreciable.

5.° Riñones en buen estado.

6.° Distingúense á la simple vista granulaciones miliares en el peritoneo, granos muy semejantes á los de arroz cocido y en gran número. El peritoneo es friable, color morado, espeso y con adherencias.

7.° Adherencias de la pleura derecha á la base del pulmon, ligero derrame, tubérculos miliares en la superficie y abajo.

El resto del pulmon congestionado.

Ninguna otra cosa notable.

TRABAJOS ORIGINALES.

TERAPEUTICA. — HIDRATO DE CLORAL.

(Por los doctores Abraham Aparicio y Pio Rengifo).

Oscar Lielreich en 1869 introdujo el hidrato de cloral en la terapéutica. Aparte de la novedad que tan poderosamente atrae á los espiritus superficiales, el verdadero mérito de este nuevo medicamento, pronto le conquistó un lugar prominente en el ya crecido arsenal de la Materia médica. Los fisiólogos, los químicos y los médicos en Francia, Alemania é Inglaterra se apoderaron de este bien venido huésped, y se han disputado á porfia el honor de estudiarle en todas sus relaciones.

En cuatro años de vida activa, el hidrato de cloral ha perdido indudablemente una parte del brillo de su triunfante entrada en la terapéutica. Pero si el entusiasmo multiplicó el número de sus aplicaciones y exageró sus benéficos efectos, la experiencia ha demostrado las propiedades tan notables como incontestables de esta sustancia, y el círculo aun así reducido de sus aplicaciones es demasiado importante para que el cloral merezca justamente el tivoqualifica de una "buena adquisicion para el arte de curar."

Convencidos de esto, creemos hacer un servicio positivo á nuestros compañeros, reuniendo la mayor parte de los datos que acerca de él han visto la luz en los periódicos de Europa y de la América del Norte, comparándolos entre sí y añadiendo algunas observaciones que nos son propias con el objeto de propagar entre nosotros el uso del príncipe de los hipnóticos, el hidrato de cloral.

El cloral fué descubierto por Liebig en 1832, y estudiado por Dumas, quien fijó su composicion química y describió el proceder para prepararle. Es un líquido incoloro, de olor etéreo é irritante para las mucosas olfatoria y respiratoria; da al tacto una sensacion oleosa, y su gusto es acre y desagradable. Cáustico, volátil, soluble en el agua y el alcohol, hierve á 44°C y su densidad es de 1.502.

Puede formarse, segun Sloedeler en presencia del cloro, el almidon y el azúcar, y químicamente es un hidrato de tricoloro de acetila. (C⁶ Cl³ O⁵ H.) El hidrato se forma evaporando su solucion acnosa por medio del calor. Es un compuesto definido y delicuescente que cristaliza en masas formadas por la agregacion de láminas prismáticas romboidales. Se volatiliza lentamente á la temperatura ordinaria y de una manera rápida á 100.°

El hidrato de cloral tiene un sabor picante y desagradable, ménos, sin embargo, que el del cloral anhidro, lo que lo hace preferible para la administracion interna. Su olor etéreo y penetrante; el agua disuelve tres veces su peso.

Produce con el amoníaco vapores blancos cuando contiene ácido clorhídrico, los que tambien se desprenden, aun en su estado de pureza, por la formacion del formiato de amoníaco. No precipita por el nitrato de plata, ni enrojece el papel de tornasol. La potasa y la soda cáusticas se descomponen en cloroformo y formiatos incoloros de potasa ó de soda; y el ácido sulfúrico concentrado en agua y en cloral anhidro. Entra en fusion á 46°C. y en ebullicion á 97°C.

Dumas le prepara del modo siguiente:

Hace pasar una corriente de cloro al traves de un aparato de Wouff dispuesto de este modo: el primer frasco seco y frio absorbe una parte de la humedad del cloro; el segundo contiene cloruro de cal que acaba de secarle; el tercero vacío y seco, está destinado á recibir el alcohol que podría pasar, por absorcion, de un balon con que termina el aparato y en el cual está contenido.

Activando vivamente la corriente del cloro, éste se convierte, casi por completo, en ácido clorhídrico. A medida que esta conversion disminuye el alcohol toma un color amarillo, que pierde por medio del calor de una lámpara aplicada por debajo del balon. Es, pues, necesario que el alcohol esté tibio y que su temperatura se eleve hasta la de la ebullicion.

Doce horas bastan para convertir en cloral doscientos gramos de alcohol. El líquido que queda en el balon se mezcla con dos, ó tres veces su volúmen de ácido sulfúrico concentrado; y los productos volátiles reunidos se calientan á 95°C. y, por último, se introducen en una retorta con cal apagada, y se destilan de nuevo en un baño de agua saturada de sal marina para obtener el cloral casi puro.

El hidrato de cloral se prepara mezclándole un volumen igual de agua, en que se disuelve con desprendimiento de calor. La solución se evapora en el vacío, ó al aire libre, y se obtiene una bella cristalización de hidrato de cloral.

Antes de ocuparnos de la acción fisiológica del cloral, apuntaremos los interesantes resultados obtenidos por el doctor Fairthorne, sobre el poder disolvente de este cuerpo:

1.° Mezclando partes iguales de cloral y de alcanfor, agitándolas y luego dejándolas en reposo, resulta una solución clara que podría usarse al exterior.

2.° El cloral y su hidrato disuelven muy bien la morfina.

3.° Una solución de 60 centigramos de hidrato, disuelve 0,30 de quinina.

4.° Parece ser un disolvente general de los alcaloides, pues disuelve la cinchonina, la estricnina y la atropina. Quizá sean estas soluciones ventajosas para hacer pomadas y linimentos.

5.° El cloral y la glicerina forman después de algunas horas una sustancia cristalina.

6.° Es un buen disolvente del alcanfor y del ácido carbólico, cuyo olor oculta en cierto grado; y los hace muy solubles en el agua.

7.° Si á la solución anterior se añade ácido sulfúrico, se forma un precipitado rojo carmesí, sólido, probablemente un compuesto de ácido sulfú-carbólico con cloral.

8.° Calentado con ácido benzoico, este se disuelve, y en frío se solidifica y forma cristales radiados.

Repetiendo estas experiencias, nosotros no hemos obtenido la disolución de la estricnina, del alcanfor, de la morfina, de la narcaina ni de los alcaloides del opio. La atropina, la veratrina y la digitalina se han disueltos.

La mezcla del cloral con la glicerina no nos ha producido, ni aun después de dos días, la formación de ninguna sustancia cristalina. Hemos obtenido la disolución del ácido carbólico, y la disminución del olor ha sido muy notable. Este hecho nos induce á mezclarle con el almizcle y la asafétida, y notamos que el olor repugnante de estas dos sustancias fué ocultado casi por completo.

ACCION FISIOLOGICA DEL CLORAL.

Las experiencias de Personne parecían haber demostrado, de un modo decisivo, que el cloral introducido en el organismo y en contacto con la sangre, se descompone en cloroformo, farmiato de soda y cloruro de sodio. Napieralsky añade que, para que esta descomposición tenga lugar, se requiere una temperatura elevada, como la de los animales de sangre caliente, y hace notar además que el olor de la sangre oculta el del cloroformo, por lo cual este no se percibe.

Hoy las opiniones están divergentes, y los autores se encuentran divididos acerca de los cambios que el cloral experimenta en contacto con la sangre. Liebreich, Richardson, Byasson, Personne, Roussin, Horand y Peuch, sostiene la conversión, por los álcalis de la sangre, del cloral en cloroformo y, por consiguiente, la identidad de acción de estos dos agentes.

El profesor Gubler es uno de los elocuentes sostenedores de la autonomía del cloral, y él y sus compañeros niegan la descomposición del cloral en cloroformo. Esta doctrina, que es la nuestra, se apoya en las siguientes consideraciones: 1.° La acción *enzymática* de la albumina impide la manifestación de las afinidades químicas; 2.° Goujon Labbé y Gubler no han podido descubrir el olor de cloroformo en el aliento de las personas á quienes se ha administrado el cloral; 3.° Si se destila la sangre de un animal cloralizado y se hacen atravesar los vapores por un tubo de porcelana enrojecido, recibiendo los luego en un balon que contenga una solución de nitrato de plata, se forma un precipitado de cloruro de plata que demuestra la presencia de cloro y de ácido clorhídrico, productos de la descomposición del cloroformo. Esta experiencia sería concluyente si se probase que el cloral, en iguales circunstancias, no dá esta reacción; pero los señores Horand y Peuch la obtuvieron al principio y al fin de la destilación del cloral, lo que casi anula su valor; 4.° La cantidad de cloroformo encontrado en la sangre, ha sido tan exigua, que no guarda la menor proporción con la del cloral administrado; 5.° Gubler ha tratado con agua de Vichy, y con sangre recogida de la epistaxis y de la febotomía, el cloral, sin producir la descomposición ni percibir el olor de cloroformo. Horand y Peuch han obtenido los mismos resultados negativos.

Las experiencias fisiológicas de Gubler, envenenando animales por medio de los vapores de cloroformo y de inyecciones con el hidrato de cloral, demuestran una diferencia marcada entre las propiedades farmacodinámicas de estos dos agentes. Así, el hidrato de cloral produce una irritación local que se propaga por continuidad, y rigidez cadavérica rápida; mientras que esta sobreviene con el cloroformo precedida de un estado tetánico y faltan además los fenómenos de irritación. El cloral anhidro, administrado al interior, produce una excitación periférica prolongada, debilita las contracciones del corazón, hasta causar la parálisis completa; embotamiento de la sensibilidad táctil; insensibilidad

de la córnea y, por último, la muerte. El cloroformo no excita ni debilita el ritmo cardiaco, anónada los movimientos voluntarios y reflejos, pero no la sensibilidad de la córnea. La muerte es solo aparente y el animal se restablece.

La observación clínica viene en apoyo de esta conclusión. El doctor Ferrand hace notar que el hidrato de cloral vence el espasmo de la tos ferina contra el cual el cloroformo es impotente. Giralde ha observado que los niños duermen tranquilamente con el hidrato, mientras que el cloroformo los excita sobremedera. Finalmente, todos los prácticos convienen en que los efectos hipnóticos del cloral son mucho más rápidos, más intensos, más seguros y más duraderos que los del cloroformo, cuya acción se limita tan solo á calmar los dolores que impiden el sueño.

Si, como Richardson lo pretende, la descomposición del hidrato de cloral en contacto con la sangre solo produce de 0,25 á 0,30 de cloroformo por hora, dos gramos de cloral no podrían producir un sueño profundo y rápido, al cabo de media hora, puesto que entonces apenas se habrían alcanzado á producir 0,15 de cloroformo, cantidad insuficiente para engendrar tal efecto. Tampoco puede explicarse la narcosis causada por 0,15 ó 0,30 de cloroformo por su estado naciente; pues una dosis ocho veces mayor regenerada sucesivamente, sería tóxica y aun mortal, mientras que esta misma dosis de cloral produce un sueño calmado y casi natural.

Pasemos ahora á ocuparnos del estudio de los fenómenos fisiológicos del cloral.

Administrado á la dosis de 0,50 á 1 gramo produce una ligera excitación seguida de un sueño suave y tranquilo, á veces acompañado de agitación intermitente (Byasson). Al mismo tiempo se nota la sedación moderada del sistema nervioso sensitivo.

Elevando la dosis á 1,50, ó 2 gramos, se observa un estado de embriaguez agradable que simula la alcohólica, y después de un cuarto de hora, ó media hora, se apodera del individuo un sueño tranquilo durante el cual continúan sin turbación las funciones de la vida orgánica, de modo que persistiendo en su administración puede prolongarse la hipnosis. En este estado el paciente es muy susceptible á las menores impresiones, se despierta con el más leve ruido, por lo cual es necesario rodearle del más completo silencio. Al despertar no le incomoda ningún síntoma desagradable; ni las funciones cerebrales, ni las digestivas sufren el menor deterioro; no hay dolor de cabeza, ni inapetencia, hecho que establece su superioridad sobre los demás narcóticos. A esta dosis produce además, una notable sedación del sistema nervioso motor y sensitivo, la resolución del muscular y un grado de anestesia suficiente para permitir la extracción de piezas dentales, ó la aplicación del cauterio actual. Modifica igualmente la circulación y reduce el calor animal.

A la dosis de 5 á 6 gramos produce sueño rápido, insensibilidad completa, sedación del sistema nervioso motor, estasis sanguínea, la hipostenización de los capilares del cerebro y resolución completa del sistema muscular.

Es notable su influencia benéfica sobre las vías digestivas: no ocasiona desgana, vómito, diarrea ni constipación; al contrario, aumenta el apetito.

La dosis más elevada á que se ha administrado por la generalidad de los autores, es la de 5 á 6 gramos. Deschiens, sin embargo en el momento de practicar una amputación, dió 10 gramos que produjeron síntomas mortales de narcosis.

Los experimentos fisiológicos hechos sobre conejos por Alexander E. Mackrae dan los siguientes resultados:

Cuando principiaba el sueño el animal ocupaba su posición natural sin malestar ninguno; durante él, los animales se movían, y la respiración era entrecortada si dormían profundamente, y aun abdominal. Cuando el ruido no era suficiente para despertarlos, el número de respiraciones aumentaba. Al volver del sueño se alimentaban y volvían á dormirse. En ningún caso en que la anestesia fué completa, volvió el animal á la vida. La disminución del número de respiraciones aumentaba el sopor, y al descender mucho, morían. El aumento de la respiración era seguido de resolución muscular y esta precedida de calor. La hiperestesia existía algunas ocasiones. La coordinación de la fuerza nerviosa aumentaba por dosis pequeñas y disminuía por fuertes. Los sentidos eran afectados en este orden: la vista, el oído, el olfato y el tacto. Después de una dosis fuerte, volvían con mucho frío y se colocaban debajo de la chimenea aun cuando las cenizas les caían encima. No había tendencia á inclinarse de un lado más que del otro. En ocasiones se notaba la salivación y la relajación de los esfínteres, con aumento del movimiento peristáltico del recto y la vejiga. Las inyecciones hipodérmicas favorecían la pronta absorción del medicamento, y cuando despertaban después de una dosis de 0,50, se notaba que habían perdido el poder de coordinación de los movimientos, siendo los miembros posteriores los afectados primero, y los músculos voluntarios del oído, el cuello y las mandíbulas los últimos. Suspendida la respiración aparecía inmediatamente la rigidez. La inyección causaba una inflamación local,

quienes ha dado de mamar por un año; tuvo fiebre reumática á los 17 años; tres ó cuatro meses despues, corea que se ha presentado con cada preñez, y se mejora con la aparicion de los movimientos fetales; el lado convulso es el derecho. Despues de tomar zinc y hierro por un mes, se mejoró mucho, quejándose siempre, sin embargo, de dolor de cabeza. Habia aún un soplo sistólico en el corazon.

CASO SEGUNDO.—*C. F. de 18 años.*—En el sétimo mes de la gestacion; tuvo un susto á los tres meses, corea hace cinco años. Desde el susto volvieron los sobresaltos y pronto la corea que ha continuado desde entónces. Ha tenido fiebre tifóidea; está anémica y el soplo uterino es muy fuerte en el hipogastrio izquierdo.

La relacion entre un acceso de fiebre intermitente y una convulsion es demasiado aparente para no percibirla. La preñez y el parto parecen ejercer la misma influencia en la produccion de una recaída, que en el caso de la corea.

CASO TERCERO.—*En 1863 visitó á W.*—Habia tenido varios niños y fiebres intermitentes por dos años. El parto habia tenido lugar cinco semanas antes; está amamantando al niño, pero la leche es escasa. Hace cinco dias tuvo un verdadero acceso de intermitentes que la debilitó mucho, le quitó el apetito, sin dejar en pos intumescencia hepática, ni esplénica. Se le aconsejó habitar un lugar seco y se le dió quinina con gran ventaja.

Si analizamos ahora estos casos encontramos entre otras lecciones, las siguientes:

1.º Hay un estado fundamental de tension nerviosa ó de eretismo debido á la gestacion y al parto.

2.º Hay un estado de deterioro de la sangre, vagamente denominado anémica, que es más estrictamente una forma de toxemia.

3.º En algunos casos al deterioro de la sangre se añade una diátesis mórbida, que probablemente envuelve una modificación orgánica especial de los centros nerviosos.

4.º Cuando sobreviene un choque físico ó moral, ó una irritacion periférica que afecte el sistema nervioso, preparado ya para estallar, las convulsiones se producen.

En el primer caso habia una diátesis sífilítica, condicion conocida como eficiente en la produccion de ataques epilépticos en los hombres; pero fué necesario el parto para determinar las convulsiones.

En el segundo caso la postracion fué el resultado de la lactancia; en casos en que ésta se lleva al exceso, vemos del modo más evidente el agotamiento de fuerzas, ó digamos la anémia. La sangre delgada, deficiente en glóbulos rojos, es un alimento insuficiente para los centros nerviosos; pero la denominacion de anemia ó de espanemia describe imperfectamente la alteracion de la sangre en estos casos. La sangre empobrecida, insuficiente para la nutricion de los órganos, é incapaz de estimularlos al ejercicio normal de sus funciones, necesariamente se contamina pronto con materiales excrementicios. Espanemia implica entónces toxemia; la excrecion se hace siempre de un modo imperfecto. Casi todos los venenos animales que circulan en la sangre poseen la propiedad de excitar mórbidamente los centros nerviosos. Apenas hay fiebres en que no se presenten fenómenos de excitacion cerebro-espinal como el delirio y el *subsultus tendinum*. El veneno de la espanemia, si bien difiere de los especificos de las fiebres, es semejante á ellos en la irritacion que produce en los centros nerviosos, causando varios movimientos musculares involuntarios é irregulares, designados con los nombres de espasmos, calambres y sobresaltos. Volviendo á nuestro caso de epilepsia por exceso de lactancia, é sirve de tipo á una clase considerable. Una ó dos gestaciones y sus consecuencias pueden pasar sin dano aparente; pero la repeticion, á fin de deteriorar el organismo. La sangre empobrecida y los centros nerviosos alimentados deficientemente, mientras que la lactancia continúa, mantienen una irritabilidad céntrica anormal. Las convulsiones próximas á estallar en estas condiciones se presentarán, casi con seguridad, si hay una diátesis convulsiva; y el que ellas se presenten sin la existencia de esta, es un argumento poderoso en favor de la capacidad de estas condiciones para producir las independientemente del influjo de la diátesis.

La objecion de que la preñez y el parto concluidos, la necesidad de la actividad preponderante del eje cerebro-espinal cesa, no es valida. Hay numerosos hechos para probar que la lactancia, que, como la gestacion, impone á la madre la tarea de mantener dos séres, exige un aumento correspondiente de fuerza nerviosa. Ni es esto todo, el estímulo ovárico está en actividad, sobre todo en las casadas, en las que el esfuerzo hacia la ovulacion, frecuentemente determina la menstruacion á pesar de la lactancia. Aun en los casos en los cuales el período no se presenta, hay motivo para creer que la ovulacion tiene lugar, y esto, más la excitacion del acto sexual, causa una renovacion constante de irritabilidad cerebro-espinal exagerada. Esto explica la repeticion periódica de los ataques epilépticos, de lo cual nos suministra un ejemplo el caso tercero.

La lactancia prolongada á parte de la excitacion ovárica no tiene por sí sola tanta tendencia á producir postracion nerviosa,

convulsiones y locura; y es por esto, que mujeres que han perdido sus maridos, pueden amamantar sus niños impunemente y por un tiempo indefinido. El ejercicio de esta funcion vicaria absorbe el gasto de fuerza nerviosa, domina los ovarios, é impide la irritabilidad espinal. He conocido mujeres que han amamantado sus niños dos, tres y hasta siete años, muy debilitadas es cierto, pero libres de convulsiones y de mania; pues faltaba la diátesis nerviosa.

El siguiente caso es uno de los mejores ejemplos de la propension á la epilepsia. Por esto referiré los principales puntos de él: F. . . muchos de sus parientes escrófulosos ó tísicos; el abuelo murió de apoplejía; el padre sufre de hemifisís y está muriéndose de enfermedad de Bright; el hermano mayor epiléptico de nacimiento murió de 32 años. Ella misma era sana, pero no habia menstruado, á los 18 años, cuando se casó. El primer niño que tuvo llegó á término. Durante cinco años tuvo cuatro abortos del 2.º al 3.º mes, sufriendo en ellos de hemorragias, postracion y de ansiedad mental. La sexta preñez concluyó dando á luz un niño á quien dió de mamar por once meses, despues de los cuales concibió de nuevo y abortó á las seis semanas. Dos años más tarde en la sexta semana de la gestacion y en un dia despues de mucha fatiga tuvo una convulsion. Quedó sin conocimiento por mucho tiempo y abortó despues de dos ó tres accesos. Diez meses tardó en recuperar su salud. Durante este tiempo menstruaba con regularidad, siendo precedido el período por una convulsion ligera despues de la cual se enfermaba. Tuvo un nuevo niño, nacido á término y convulsiones repetidas durante el trabajo y en la gestacion. Los accesos desaparecieron por tres años, cuando volvió á concebir por la décima vez sin que se presentase accidente alguno hasta el sétimo mes despues de su parto en el cual un acceso le anunció que estaba en cinta por la undécima vez. Esta preñez fué acompañada de convulsiones, que cesaron durante el parto; pero que reaparecieron muy poco tiempo despues de él. La undécima preñez terminó por un aborto á las seis semanas con una fuerte hemorragia y dos ataques de síncope que probablemente fueron de convulsiones. En cinta por la décima tercera vez, dieziocho meses despues del aborto, tuvo en el cuarto mes una violenta convulsion, despues de la cual la pierna derecha quedó paralizada, y los accesos eran seguidos de coma muy prolongado. Las membranas fueron rotas para inducir el parto, el cual fué feliz. Ha vuelto á concebir y hasta la fecha que ha entrado al 5.º mes ha tenido varios ataques de convulsion.

Este caso nos presenta en una serie de experiencias instituidas por la naturaleza los puntos culminantes que nos han ocupado.

1.º Existe probablemente una predisposicion hereditaria á las afecciones nerviosas en la infancia; pero ella es, todo lo contrario de una mujer histérica teniendo energía y gozando de robustez en su modo grado.

2.º Las convulsiones han tenido lugar durante la gestacion, ménos en los diez meses que separaron la octava de la novena preñez en los que tuvo una convulsion mensual.

3.º El nísus ó esfuerzo menstrual produjo convulsiones como lo demuestra su repeticion durante la lactancia y la preñez.

4.º Tuvo convulsiones al concebir demostrando el eretismo espinal excesivo de la preñez.

5.º La irritabilidad progresiva del cordón espinal la prueban los repetidos abortos.

6.º Los abortos y la lactancia prolongada en repetidas ocasiones indujeron un deterioro gradual de la sangre que despues de seis años de desórdenes en los órganos reproductores llegó al summum, produciendo un ataque epiléptico durante la tension nerviosa de la preñez.

La orina fué examinada cuatro ocasiones y no se descubrió albumina en ella. Es, pues, este un caso de epilepsia, y aunque esta enfermedad frecuentemente, como en el caso presente, induce el aborto, no es esto bajo ningun aspecto tan probable como en la eclampsia en la que el envenenamiento de la sangre es una causa especial que aumenta la irritabilidad de los centros nerviosos.

VÓMITO DURANTE LA GESTACION.

El vómito de la mañana durante la preñez es bien conocido, y no requiere tratamiento, pues parece llenar un fin fisiológico. Es generalmente la primer señal del eretismo cerebro-espinal de la preñez. Su accion puede compararse á la de una válvula de seguridad desmenbrándose de la fuerza nerviosa superabundante, que concentrada podria producir convulsiones, el aborto ó cualquier otro accidente. Su aparicion por la mañana señala este tiempo como el de mayor irritabilidad, por lo cual causas periféricas ligeras producen mayor efecto.

La causa irritante inmediata, en mi concepto, es el ensanchamiento excéntrico de la fibra muscular uterina y la turgencia de los vasos. En algunos casos el equilibrio se restablece al cabo de tres ó cuatro meses, y el vómito es moderado y tolerable. Es notable el hecho de la aparicion del vómito en algunos casos en el

momento de la concepcion. Esto se explica: 1.º porque ella generalmente tiene lugar en la época de exaltacion central, de tension nerviosa que acompaña la menstruacion; 2.º por el estímulo del acto sexual.

En varios casos en los cuales el vómito era tan continuo y tan mortificante durante los tres primeros meses, que debilitaba en extremo á la enferma y aun le causaba la muerte.

En otros casos el vómito moderado al principio aumenta progresivamente y pone á la paciente en peligro en el cuarto, quinto, ó sexto mes.

En otros casos la primera mitad de la preñez, se pasa bien; el vómito se suspende; pero en el sexto ó sétimo mes se vuelve incoercible, agota rápidamente las fuerzas de la enferma y la pone en peligro de muerte.

El primer grupo de estos casos, es decir de aquellos en que el vómito es pertinaz durante los tres primeros meses comprende no solo á las primíparas sino también á las multiparas, aunque el mayor número es de las primeras. La condicion dominante es un exceso de impresionabilidad física y moral. En algunas hay predisposicion á las convulsiones, y especialmente en las que han sido madres varias veces y existe un deterioro sanguíneo; pero la influencia de éste no es un factor indispensable en la produccion del vómito en las primíparas.

El segundo grupo incluye los casos de severidad progresiva del vómito. Las condiciones esenciales son comunes con las del primer grupo, pero el vómito continuado produce ademas una nutricion imperfecta, que parece aumentar la irritabilidad de los centros nerviosos. No es solo la condicion negativa de falta de nutricion la que produce un peligro extremo, sino la absorcion activa que tiene lugar á expensas de los tejidos vivientes. La irritabilidad es extrema, el delirio sobreviene y la postracion está próxima. Cada ataque de vómito, hace una fuerte impresion sobre el sistema nervioso, al punto que el más ligero contacto con la piel y la oferta de alimentos producen en la enferma el efecto que harían en un tetánico. La diarrea que se presenta en este período, es una nueva prueba de la toxemia. El cuadro de síntomas que anuncian peligro es el siguiente: emaciacion extrema; pulso pequeño y depresible, de más de 130 por minuto, ojos huecos y mirada extraviada; aspecto hipocrático y delirio. Cuando este sintoma ha persistido por algunos dias, acompañado de un pulso rápido, aunque el vómito se suspenda, y el parto prematuro se efectúe, no hay esperanza de salvacion para la enferma.

En algunos casos la orina es albuminosa. Esto se aplica particularmente á los dos primeros grupos como Simpson lo habia expuesto. Cuando esta complicacion existe hay una estrecha afinidad entre estos casos y los de albuminuria ó eclampsia urémica. Tambien sucede en algunos casos que la albuminuria es consecutiva al vómito y depende del estado de envenenamiento de la sangre.

En el tercer grupo, en que el vómito se vuelve continuo y pertinaz, solo en los últimos meses de la preñez, la etiologia es bastante clara algunas veces. Así, por ejemplo, cuando por una produccion repentina y excesiva del liquor amnion ó por la presencia de genitos, el útero se ha ensanchado rápidamente, el vómito se ha presentado. Me explico estos casos, porque en general el desarrollo del útero marcha *parsi passu* con el del embrión; pero, cuando el contenido uterino aumenta de golpe se pierde la correlacion entre estos fenómenos, y el útero no pudiendo ensancharse con igual prontitud que el contenido por la fuerza de esta accion. Tambien he sido testigo de casos de vómito obstinado en los cuales un feto muerto, ó una placenta alterada probablemente suministraron á la sangre el elemento venenoso. Perfect, cita un caso de vómito obstinado de muchos dias durante la retencion de la cabeza del feto en el útero. La retencion de la placenta, ó de coágulos de donde emanan principios sépticos, es causa del vómito, y la absorcion de estos explica su frecuencia en el puerperio.

La ictericia precede el vómito algunas veces, mientras que en otras, este parece ser la causa de ella. Cuando quiera que en la sangre circulan materiales que deben ser excretados por el hígado ó los riñones, el vómito se agrava. El vómito cólico de la atencion de la gúta del hígado es un ejemplo manifestado en esta accion.

Tambien he sido testigo de casos de vómito obstinado en los cuales un feto muerto, ó una placenta alterada probablemente suministraron á la sangre el elemento venenoso. Perfect, cita un caso de vómito obstinado de muchos dias durante la retencion de la cabeza del feto en el útero. La retencion de la placenta, ó de coágulos de donde emanan principios sépticos, es causa del vómito, y la absorcion de estos explica su frecuencia en el puerperio.

En un caso que terminó fatalmente por postracion y fiebre irritativa la paciente tomaba espiritus: más tarde hablaré sobre la influencia perniciosa de este hábito en la produccion del vómito.

Tracemos rápidamente los rasgos comunes de parentesco ó semejanza entre las formas convulsivas de la preñez, incluyendo en ellas el síncope, el vértigo, la jaqueca, la apoplejía, la parálisis y la locura, estabones de una ó de diferentes cadenas. El síncope y

el vértigo deben estudiarse en sus relaciones frecuentes con la epilepsia, la eclampsia y la corea. Creo conocer lo bastante de estas formas para justificar el aserto de que todas estas enfermedades, estos síntomas, ó resultados patológicos deben asociarse por su estudio y para poder comprender el significado individual y cognado. Dejando á un lado el interesante asunto de la manía puerperal en sus formas usuales, debe tenerse presente que todas las enfermedades convulsivas pueden terminar en la manía ó en la demencia.

¿Cuál es la causa que en un caso determina la epilepsia, en un segundo el vómito, en un tercero la corea, en un cuarto el tétano? Tenemos por necesidad que invocamos aquí una condicion antecedente, peculiar de los centros nerviosos, latente, probablemente desconocida y no sospechada hasta que la prueba mágica de la preñez la revela. Es evidente en la epilepsia, puesto que, ó las enfermas descienden de padres epilépticos, ó han tenido ataque es de esta naturaleza anteriormente. Que la preñez reproduzca la epilepsia en aquellos que tienen una predisposicion, es un argumento en favor de la existencia de una predisposicion semejante en aquellas á quienes la epilepsia ataca por primera vez durante la gestacion.

Más clara es aún la prueba de este algo latente en el caso de la corea, pues que la mayor parte de aquellas en quienes la corea se presentó durante la preñez, habian sido atacadas en su niñez, de modo que la gestacion obró tan solo como causa ocasional.

El postulado de una condicion antecedente es concedido sin disputa en la fiebre intermitente. No podemos concebir la posibilidad de que ésta nazca exclusivamente de las condiciones de la gestacion, y si sabemos qué causas debilitantes pueden reproducirla en personas expuestas á la influencia de los miasmas palúdicos.

Con respecto á la eclampsia y al vómito obstinado es ménos clara la necesidad de una causa anterior predisponente. En algunos casos de eclampsia es imposible encontrar una afeccion convulsiva anterior, ó descubrir algun vicio hereditario. En muchos casos la convulsion se ha presentado en una preñez y ha concluido con ella sin dejar rastro alguno de una diátesis nerviosa. El vómito, aunque más comun, en mujeres de temperamento nervioso, se encuentra en otras que no le tienen.

La influencia de la pérdida de sangre en la produccion de convulsiones es un hecho en el cual la anemia se ha considerado como el factor esencial. Estoy convencido que la observacion clinica, al ménos de un modo general, no presta su apoyo á esta hipótesis. Los movimientos convulsivos, que no siempre se observan en los que mueren de una hemorragia, difieren materialmente del ataque epiléptico ordinario: la observacion de animales sangrados hasta la muerte, de la cual se ha deducido esta teoria, tiene una aplicacion limitada. He tenido la fortuna de ver muchas muertes producidas por hemorragia. En la mayor parte un temblor general precedió la muerte; el conocimiento se perdió á veces, pero en ningun caso hubo traqueulismo ó congestion de la cara. Hubo vómito frecuente, siempre disnea extrema, pulso rápido, apenas sensible ó apagado, signos que difieren esencialmente de las convulsiones.

El caso siguiente es un ejemplo de convulsiones por hemorragias simulando la epilepsia: una mujer en cinta por la undécima vez, tuvo una hemorragia profusa por insercion viciosa de la placenta. Dos ó tres ataques convulsivos se sucedieron, al dia siguiente estaba muy postrada sin dolor abdominal, pero con dolor de cabeza frontal y convulsiones no se quietaron. Cuatro dias despues la cefalalgia frontal persistía y la lengua estaba muy pálida. Ella sanó, y es probable que existiese aquí una diátesis epiléptica.

En todos estos desórdenes convulsivos, el estado anormal de la sangre altera la nutricion de los centros nerviosos; pero no es el mismo en todos. La degradacion que resulta de la pobreza causada por la demanda excesiva, y el envenenamiento de la excrecion deficiente, son probablemente la alteracion que produce la epilepsia, la corea y la histeria; en la eclampsia á estas condiciones se agrega el envenenamiento especial por los elementos de la orina. En todos estos casos, sin embargo, es esencial como condicion fundamental, la tension especial de la vis nerviosa, pues sin la preñez estas afecciones no se presentarian.

Intimamente, por no decir de un modo inseparable, se encuentra asociada á la exaltacion de la irritabilidad refleja una tension peculiar, ó irritabilidad de los órganos psicológicos. La convulsion puede determinarse por la irritacion de los nervios centrípetos ó del cerebro.

La oposicion de Marshal Hall al origen céntrico de la convulsion debe recibirse con alguna circunspeccion. No hay duda que algunos venenos llevados por la sangre á la medula espinal, así como al resto del cuerpo, determinan fácilmente convulsiones por la exaltacion de la irritabilidad del cordón espinal; pero es materia de discusion si el *primun móbile*, la causa excitante de la convulsion, nace del cordón. La estricnina enaltece en sumo grado la irritabilidad central; pero mientras el animal se pone al

abrigo de impresiones periféricas, la convulsión puede dejar de presentarse, como el profesor me lo ha mostrado.

El estricnismo se asemeja á la irritabilidad céntrica y sobre todo al tétano que, no debemos olvidar, es una de las enfermedades convulsivas de la preñez. En la India, en las Antillas y en la América meridional, esta enfermedad no es rara en relacion con el aborto y con el parto. El doctor Waring ha registrado doscientos treinta y dos casos, y su aparición se explica comparando las condiciones uterinas, consecutivas al trabajo, á una lesión quirúrgica; pero esto tan solo suministra una explicación parcial, explicando la irritación periférica.

El estado tético es una exageración mórbida de la exaltación normal de la preñez. En muchos casos la he visto tan marcada que la he denominado tetanoide, pero nunca he visto el verdadero tétano tal cual se produce como resultado del traumatismo. El baron Simpson recogió 28 casos de tétano á consecuencia del parto ó del aborto, en algunos de los cuales no habia lesion particular; en otros, hubo hemorragia; en otros, taponamiento de la vagina contra la hemorragia, lo que pareció producir una irritación especial.

De los casos del doctor Simpson solo dos sanaron, y los dos citados por el doctor Wiltshire murieron. Es de notar la rareza excesiva del tétano en las mujeres excepto en la preñez. No puedo prescindir de citar un caso de tétano en un niño bajo la influencia de la irritación periférica producida por la tos ferina.

Vi en consulta á un niño de nueve meses, destetado dos meses antes y alimentado con leche de vaca y galletas, padeciendo de tos ferina trasmitida por la madre. Hace tres dias que se presentó el trismus y el cuerpo ó hipo se arqueaba como en el opistótonos ó el emprostótonos alternativamente. La convulsión precedía al ataque de tos, que la menor circunstancia iniciaba. No habia enflaquecimiento, pero sí algo de anemia y de diarrea, corregida por el calomel y ruibarbo; habia tomado belladona. Recomendamos la leche de cabra, solución de percloruro de fierro, y dimos un pronóstico favorable que se confirmó. Este caso debe estudiarse con el "trismus nascentium" y prueba la íntima asociacion de la tos ferina con las enfermedades convulsivas.

Son muy importantes las proposiciones deducidas de los hechos anteriores por la precisa aplicacion de ellas á la patologia de las enfermedades convulsivas; pues ponen á prueba por medio de la experiencia clínica las condiciones esenciales de las enfermedades convulsivas. Muchas son las teorías y muy opuestas acerca de la patologia de la epilepsia, de la corea, del tétano y de la histeria. Cualesquiera que sean las condiciones esenciales, anemia, congestión, cambio de estructura de los centros nerviosos ó embolismo, claro es que la preñez debe producir las que ellas desaparecen repentinamente despues del trabajo. Por grande que sea el poder patogénico de la preñez, esto es inadmisibile. No es posible que una alteración notable de la estructura de los centros nerviosos, sea la esencia de la epilepsia ó de la corea cuando vemos la curación completa de ellos, presentarse tan pronto como cesa la gestacion. Nos vemos pues, obligados á concluir con Volzsin y otros, que las alteraciones visibiles encontradas en el cerebro y en la medula, en personas muertas de epilepsia ó de corea son consecutivas y no anteriores á la enfermedad.

En mi concepto las alteraciones de estructura tienen una relacion estrecha tan sólo con los síntomas ulteriores y no con los propios del principio de la enfermedad. Es cuando estos síntomas se repiten con frecuencia que sobrevienen los signos de deterioro y de postracion, la parálisis, la demencia ó la manía son la consecuencia. He demostrado en otra parte que en la corea de la preñez, la parálisis y la locura se deben á los sacudimientos de la convulsión.

Quién quiera que haya observado casos de convulsiones puerperales, de vértigo obstinado ó de tétano, ó que haya experimentado la agonia del mareo, sabe por experiencia que cada ataque disminuye el poder de resistencia y aumenta la susceptibilidad nerviosa á las impresiones que iniciaron el mal. El incremento de la susceptibilidad proviene indudablemente del sacudimiento, agravado tambien por la debilidad que produce la falta de alimento.

En el caso del tétano es indudable que la postracion fatal, es en su mayor parte consecuencia de los sacudimientos repetidos. En las convulsiones urémicas, aparte del envenenamiento de la sangre, la postracion que sigue al ataque, la resolucion muscular general, la relajacion de los esfinteres y la vuelta gradual de las fuerzas en los intervalos de bajo la influencia del reposo, demuestran claramente los efectos del sacudimiento. He visto casi la muerte repentina producida durante el trabajo sin poder atribuir la á otra cosa que á la conmocion del dolor y á la accion convulsiva del útero. En algunos casos de parapsia parece racional el atribuir la parálisis al agotamiento de la medula espinal; pues algunos de estos casos no pueden explicarse por la compresion de los nervios de la pelvis.

El término hábito para explicar la repetición de las convulsiones es vago; y definido, implica el aumento de susceptibilidad á impresiones externas é internas y la alteracion de la renovacion

periódica de la fuerza nerviosa. El aumento de la susceptibilidad es el resultado de la perturbacion. Encontramos de esto un ejemplo interesante y de aplicacion práctica en obstetricia. Cuando inducimos el parto prematuro por primera vez, la irritabilidad nerviosa es insuficiente para concluirle y necesita de intervencion operatoria, para suplir la deficiencia del poder natural. Pero en cada preñez sucesiva los centros nerviosos responden fácilmente á la provocacion artificial, de modo que, cuando por tres ó cuatro veces en la misma época se ha inducido el parto, viene á ser ésta por decirlo así el término normal de la gestacion. Esta es la periodicidad alterada de la preparacion de la fuerza nerviosa necesaria para producir el trabajo.

Del mismo modo me explica los desórdenes cerebrales que se manifiestan en el progreso de las convulsiones puerperales de la epilepsia y de la corea. Estos ataques ó conmociones son verdaderos golpes, y el ictus epilepticus lo es tan realmente como el apoplético. Ellos agotan y distraen la fuerza nerviosa y acaban por alterar la nutricion de la sustancia nerviosa.

En los casos en que la corea llega á producir la manía, la enfermedad cerebral es casi siempre secundaria y progresiva. Cuando un susto ha sido la causa, puede notarse al principio alguna ligera perturbacion mental, la cual falta en otros. Pronto le suceden la irritabilidad de carácter, la impertinencia, el mal humor y á veces la pérdida de la memoria y dificultad de articular; cierto aspecto de estupidez revela una pérdida verdadera de la inteligencia. Estos defectos progresan poco á poco, y últimamente terminan por el delirio ó la manía furiosa.

Hay casos de manía puerperal en que no puede aducirse la influencia del sacudimiento por no haberse presentado convulsiones. En algunos de estos casos el factor principal es el envenenamiento de la sangre, pues hay albuminuria. En otros no existe esta alteracion. En todos, sin embargo, existe la perturbacion producida por el trabajo, acompañada de postracion y de una revolucion física y mental, obrando sobre un sistema nervioso en el apogeo de irritabilidad. Me parece que las convulsiones, el colapso y la locura no son términos convertibles; pero que de la determinacion de una de estas condiciones ó de alguna particularidad de los centros nerviosos depende la idiosincrasia.

INCONTINENCIA NOCTURNA DE URINA, curada por el hidrato de cloral.

(Lancet, Mayo 24 de 1873.)

El doctor Girolamo Leonardí registra cinco casos más de esta enfermedad de los cuales una solucion de hidrato de cloral ha triunfado completamente. Los enfermos eran de ocho á diez años, y la enfermedad habia resistido á varios medios empleados. En todos la curacion fué rápida y permanente. La dosis del medicamento fué de siete á quince granos en onza y media de agua, administrados á la vez ó en dos dosis. En algunos casos la primera dosis fué suficiente, mientras que en otros se necesitaron cinco dosis. El medicamento se administra, por lo ménos dos horas despues del alimento, teniendo cuidado de recomendar que el enfermo tome la menor cantidad posible de liquido.

PIO REEQUIO.

CORRESPONDENCIA.

Noviembre 3 de 1873.

SR. DR. RAMON ROJAS: *Sogamoso*.—Recibido el valor de dos suscripciones.

SR. DR. JOSÉ MARÍA RAMÍREZ N: *San Gil*.—Recibí 14 fuertes de 7 suscripciones, oportunamente se le envió la nueva suscripcion.

SR. DR. EMILIO VILLAMIZAR: *Pampalona*.—Recibido el valor de 5 suscripciones.

SR. DR. FRANCISCO MURILLO: *Honda*.—Recibidos 10 pesos valor de cinco suscripciones.

SR. ANGELO CADABROS: *Buga*.—Pagada la suscripcion de usted.

SR. DR. A. J. TORREGROSSO: *Cerro de San Antonio*.—Recibido el valor de una suscripcion á 4 series. Desde el número 5 el periódico va dirigido á Calamar. Agradezco sus indicaciones.

SR. DR. RAMON FONTAL: *Cartago*.—Recibí el valor de una suscripcion.

SR. DR. JOVET TOVAR: *Santamarta*.—El señor Noguera cubrió el valor de 6 suscripciones.

SR. DR. ELOY NEIRA: *Calí*.—Recibido el valor de su suscripcion.

SR. DR. JOAQUIN MARIO VENOGUERRA: *Barranquilla*.—El señor Lafaurie me pagó el valor de cuatro suscripciones.

NOTA. Con el presente número se cumple la seis que forman la mitad de la suscripcion suplicamos, pues, á nuestros bondadosos agentes, se sirvan avisarnos las suscripciones que hayan colocado, como remitinos por los correos nacionales los fondos que hayan recaudado, deducidos los gastos.

Como siempre damos las más rendidas gracias.

B. MEDINA.