

REVISTA MEDICA.

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

REDACTOR, A. APARICIO.

SERIE IV.

Bogotá, Agosto 15 de 1876.

NUMERO 40.

SECCION OFICIAL.

SESION DEL DIA 27 DE MAYO.

Presidencia del doctor Osorio.

En Bogotá, á 27 de Mayo de 1876, se reunió en el lugar acostumbrado la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales, con la asistencia de los doctores Aparicio, Castañeda, Bayon, Buendía, Osorio, Plata A., Rocha C. y Sáenz. Momentos despues entró el doctor Montoya.

Abierta la sesion, se dió lectura al acta de la sesion anterior, correspondiente al dia 20 del presente, y fué aprobada.

Habiéndose resuelto en la sesion anterior que en la siguiente tendria lugar la eleccion de Presidente y Vicepresidente de la Sociedad, por falta absoluta del nombrado, Dr. Medina, á causa de haberse ausentado de esta capital, el Presidente anunció que iba á procederse á la eleccion, nombrándose escrutadores á los doctores Aparicio y Barreto.

Verificada que fué la votacion, dieron cuenta con el siguiente resultado:

Por el Dr. Osorio, cinco votos.....	5
Por el Dr. Buendía.....	2
Y uno por cada uno de los Doctores Rengifo y Bayon	2
	<hr/>
	9

Habiendo obtenido la mayoría requerida el Dr. Nicolas Osorio, la Sociedad lo declaró elegido su Presidente para el periodo en curso.

La eleccion de Vicepresidente dió el siguiente resultado, siendo escrutadores los mismos.

Por el Dr. Zerda, cinco votos.....	5
Por el Dr. Rengifo.....	2
Por el Dr. Bayon.....	2
	<hr/>
	9

Fué declarado Vicepresidente el Dr. Liborio Zerda, por haber obtenido la mayoría requerida.

La Sociedad se ocupó despues de los siguientes negociados:

1.º De dar lectura á una comunicacion que el Dr. Luis Herrera dirige á la Sociedad manifestando que acepta el nombramiento de miembro activo de ella.

2.º De la del Dr. Peregrino Sanmiguel, Presidente del Instituto Homeopático, en que felicita á la Sociedad por sus trabajos.

En seguida el Dr. Osorio presentó á la Sociedad una pieza "Anatomo-patológica," denominada "Osteitis epifisaria" á nombre del alumno de su clínica, y otra "Cáncer del hígado." Respecto de la primera, el Dr. Rocha C. manifestó que debiera reputarse más bien como un "Osteo mielitis."

El mismo Dr. Osorio presentó un líquido que le ha sido enviado por el Dr. Emiliano Restrepo, con el fin de que la Sociedad determine las cualidades y aplicaciones que pueda tener en la medicina y en la industria. Se pasó en comision al Dr. Sáenz para que informe sobre el particular.

Igualmente se pasó en comision, para los mismos efectos al Dr. Montoya, una resina que dicho Dr. Restrepo dió al Dr. Osorio.

El Secretario, *Gabriel J. Castañeda.*

OBSERVACION

de una herida del abdómen, complicada con ruptura del estómago y del cólon; abceso consecutivo del hígado; ano contra-natural; cicatrizacion de éste despues de la reseccion de una costilla; restablecimiento natural del curso de las materias fecales, y curacion del enfermo.

El 28 de Diciembre de 1874 fué llamado en consulta para visitar al señor Pedro A. Delgado, quien habia recibido una herida de *Kemington* el 27 de Noviembre. Este señor, de constitucion robusta y de temperamento sanguíneo-nervioso, estaba flaco y débil; coloracion icterica. Su voz era débil; su lengua estaba húmeda, rosada en los bordes y pálida en el centro; la mucosa que tapiza los labios, muy pálida. Las facultades intelectuales se encontraban en buen estado. Por medio de la auscultacion, no encontré en los pulmones nada anormal, á pesar de su respiracion acelerada. El movimiento febril era muy marcado; el pulso frecuente, pequeño y latia 100 veces por minuto. El termómetro colocado en la axila marcaba 39º; tenia 22 respiraciones por minuto.

Comprimiendo el vientre se producía un gran dolor. En el hipocondrio derecho, como á cinco centímetros encima del ombligo y á tres del lado derecho de la línea alba, presentaba una herida cuya extension era la de una moneda de cinco décimos. En su fondo se habia formado una falsa cicatriz, sus bordes se encontraban rosados; un levantamiento de la piel en una extension de cuatro centímetros la circunscribia; este levantamiento se prolongaba hacia atras hasta las heridas posteriores, de las cuales la una era superior y tenia seis centímetros de diámetro, la otra era inferior y tenia dos centímetros; ambas se encontraban á cuatro centímetros hacia afuera y á la derecha de la columna vertebral; estas dos últimas heridas se comunicaban y la piel que las separaba formaba un verdadero puente. Los líquidos que el enfermo tomaba eran arrojados por la herida cuando el enfermo se acostaba sobre el lado derecho, siendo de notarse que la leche ni aun se coagulaba, y el agua salia tan pura como habia penetrado. Por intervalos se veían salir por las heridas situadas en la parte posterior materias fecales poco quimificadas y de un color verde oscuro. Los bordes de estas heridas eran tallados á pico, la piel de su alrededor erisipelatosa, y un liquido serosanguinolento, mezclado con los excrementos, salia de intervalo en intervalo. Una lavativa de agua con vino fué arrojada por la herida. El enfermo no arrojaba ni gases ni materias fecales por el ano, ni sentia la necesidad de evacuar.

En presencia de estos síntomas, no vacilé en diagnosticar una ruptura del estómago. Con la simple vista percibí que el lóbulo de Spigelio habia sido destruido, é introduje

el dedo por la herida y descubrí que el cólon estaba perforado en el punto que corresponde al hígado.

Le prescribí para sostener las fuerzas una copita de vino seco cada media hora. Curé las heridas con cerato opiado y ordené fricciones sobre la piel con unguento mercurial doble belladonizado, y le aconsejé que se acostara sobre el lado izquierdo.

El 30 de Diciembre el enfermo podía sentarse; percibí en el fondo de la herida posterior y superior, tejidos gangrenados, dos esquirlas y una parte del proyectil. Extraje todos estos cuerpos. En el momento de la inspiración salía por la herida un líquido semejante a una solución de goma mezclada con materias fecales, no bien formadas. El pulso intermitente, 110 pulsaciones por minuto.

El 5 de Enero el movimiento febril había disminuido; tenía 100 pulsaciones por minuto. Las heridas posteriores comienzan a cubrirse de botones carnosos y de buena naturaleza; las materias fecales continuaban saliendo por ellas; pero ya más consistentes. El enfermo se queja de insomnio y de mucha sed. La herida anterior, aunque cicatrizada, está rodeada por tejidos inflamados, erisipelatosos y adolorida a la presión. Prescribí extracto de quina en una pocion gomosa para tomar por copitas, continuar con el vino mezclada con agua, y aplicar cataplasmas emolientes en la region hipogástrica; lo curé con el cerato opiado y continué con la pomada iodiada.

Al día siguiente a las siete de la mañana lo encontré con el pulso muy pequeño, frecuente é irregular, apenas podía contarse; la voz débil; la cara lustrosa y arrugada; la frente cubierta de un sudor copioso. Al curarlo, pude observar que por la herida de la parte posterior salía un líquido más ó ménos consistente, mezclada con materias fecales.

En la cicatriz anterior se notaba una vesícula; el dolor era allí más intenso. Hacia la derecha había un punto en donde se notaba fluctuacion marcada; el paciente tenía ligeros calofríos y no consentía en dejarse abrir el foco.

La prescripción fué la misma.

El 7 de Enero a las siete de la mañana lo encontré en el mismo estado que el día anterior, con las fuerzas deprimidas é insomnio; el pulso no se podía contar; los movimientos en el lecho eran imposibles. Le dejé la misma prescripción.

A las diez del día todos los síntomas se habían aumentado; el enfermo perdió la voz; la piel estaba fría; el pulso de la radial apenas se sentía; en una palabra, todos los que lo rodeábamos creímos que eran los últimos momentos de su vida. Le prescribí tintura de almizcle 2 gramos; extracto de quina 8 id. en una pocion gomosa.

Por la tarde, a las cinco, el enfermo podía sentarse; la piel en su temperatura normal; el pulso podía contarse aun con dificultad, 118 por minuto; la fluctuacion era más marcada y en mayor extension; por medio de la percusion se notaba aumentado el diámetro vertical del hígado. Practiqué una pequeña puncion y vi salir unas gotas de pus mezclada con sangre, semejante al chocolate con leche. Inmediatamente que esta clase de pus salió, no dudé de que el hígado estaba supurado, y que él había formado una adherencia con las paredes abdominales en el punto correspondiente a la cicatriz.

A pesar de la resistencia del enfermo le hice una puncion, por el mismo punto por donde había hecho la exploradora; salió pus color de chocolate en cantidad de 500 gramos, poco más ó ménos; le introduje una mecha y le ordené una friccion con unguento belladonizado, en todo el vientre.

Los excrementos continuaban saliendo por las heridas posteriores.

Para combatir algunos síntomas de excitacion, continúe con el almizcle, y ordené ademas 20 gotas de láudano.

El 8 de Enero por la mañana, el pulso estaba pequeño, intermitente, y latía 120 pulsaciones por minuto. El enfermo durmió y recuperó algo sus fuerzas; extraje la mecha y salió bastante pus. Los excrementos continuaban siempre

saliedo por las heridas posteriores. Seguí con el mismo tratamiento, y le ordené ademas agua albuminosa.

Por la tarde, al extraerle la mecha, el pus salió en gran cantidad.

El 10 de Enero noté que la cantidad de pus que extraje había disminuido notablemente; el pulso era lleno, 110 pulsaciones por minuto. Las heridas posteriores estaban de buen aspecto y de menor tamaño; el enfermo había dormido; la lengua estaba húmeda y pálida, las fuerzas habían aumentado y el enfermo deseaba levantarse. En la herida posterior percibí un cuerpo gris, lo extraje y era una parte del proyectil; parece que éste, al dar con las costillas, se dividió en varios pedazos. Continué con el mismo tratamiento y ordené ademas para evitar los efectos de la salivacion mercurial, gárgaras con clorato de potasa.

El 11 de Enero se hallaba en el mismo estado; y la abertura hecha con el trócar estaba casi cerrada. Las dos heridas posteriores continuaban cicatrizándose. Le prescribí 6 gramos de quina y 100 de vino, en una bebida.

En la piel que separaba las dos heridas posteriores, puse una compresa graduada, sostenida por un vendaje de cuerpo, lo que le ocasionó un dolor muy intenso que me obligó á quitarlo por la tarde.

El 12 de Enero se encontraba un poco ménos malo, á pesar de que su digestion todavía no se hacia bien y que la fistula posterior no había cerrado.

El 18 de Enero todo continuaba de la misma manera; examinando ese día la herida posterior se notaba en el fondo de ella parte de la novena costilla fracturada y en parte necrosada; continué con la misma medicacion. El enfermo no se sentía mal y deseaba levantarse.

El 19 de Enero la herida anterior estaba cicatrizada, por la herida posterior salian los excrementos ya duros y la supuracion de esta herida, evocente sin duda de la alteracion de la costilla. Me decidí á practicar su reseccion: un corte hecho sobre los tejidos que cubrian la cara anterior de dicha costilla, permitió la introduccion de una sonda acanalada, encurbada en la extremidad anterior, la cual, rodeando por completo la costilla, favoreció los tejidos de la accion de la sierra. Despues del corte hecho con este instrumento, bastó introducir unas pinzas para extraer el pedazo de costilla, porque éste se hallaba separado de los tejidos blandos que lo rodeaban. Cerré la herida con tres puntos de sutura, prescribí apósitos de aguardiente alcanforado y una pocion con extracto de quina.

El 21 de Enero el enfermo tenía 38° de temperatura; el pulso daba 120 pulsaciones por minuto; la herida causada por la operacion se había inflamado.

A pesar de la inflamacion, el día 28 estaba cicatrizada la herida que produjo la operacion. La abertura de la fistula había disminuido considerablemente; el enfermo hizo una cámara natural; las materias fecales eran duras y mezcladas con mucosidades; tuvo mucho dolor al expulsarlas, aunque salian en poca cantidad.

El 29 el enfermo hizo una segunda cámara con ménos dolor; el pulso latía 96 veces por minuto; el enfermo se sentía tan repuesto que se levantó; se le aumentó la alimentacion. La boca de la fistula continuaba cerrándose; pero siempre dando paso á algunas materias fecales.

Continúe mejorándose hasta el 16 de Febrero, en que las cámaras eran naturales; la fistula se encontraba completamente cerrada; había recuperado las fuerzas, y podía decirse que el señor Delgado estaba completamente restablecido.

 Todo mundo conoce que las heridas penetrantes del abdómen son demasiado graves, y especialmente cuando se encuentran comprometidos órganos tan importantes como el estómago, el cólon, el hígado, el peritoneo en varios puntos y las costillas fracturadas. Una simple puncion del peritoneo es suficiente para alarmar al profesor y hacerlo inclinarse á dar un pronóstico fatal. ¿Y qué se dirá en presencia de un caso como el que acabo de historiar, cuando ade-

mas de encontrarse comprometidos los órganos que he mencionado, sobrevienen una hepatitis supurada y una fistula ecólica que no dejaban recuperar las fuerzas al paciente, y cuando á pesar de una sintomatología tan alarmante, me veo obligado á ejecutar la resección de la costilla vulnerada?

Yo he creído que el caso de que me ocupo no carece de importancia práctica, y por lo tanto lo someto á vuestras consideraciones.

P. GUTIÉRREZ PORTILLO,

Bogotá, Noviembre 10 de 1875.

Señores Miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales-

Tengo el honor de presentaros el informe de cuya elaboración el señor Presidente tuvo á bien encargarme, referente á la observación presentada á esta Sociedad por el señor doctor Gutiérrez Portillo, titulada "Observación de una herida del abdomen, complicada con ruptura del estómago y del colon; abceso consecutivo del hígado; ano contra-natural; cicatrización de éste despues de la resección de una costilla; restablecimiento natural del curso de las materias fecales, y curación del enfermo."

El hecho complejo que se ha sometido á mi estudio es bien importante, puesto que él demuestra la posibilidad de que una herida que penetra el abdomen, complicada con la lesion simultánea de órganos tan importantes para la vida, como el peritoneo, el colon, el hígado y el estómago, pueda curarse volviendo los órganos á desempeñar normalmente sus funciones.

Vuestra comision acepta sin restriccion la realidad del hecho presentado por el doctor Gutiérrez, pues sus precedentes, ilustracion é idoneidad son fundamentos bastantes para no dudar en nada, ya de la existencia de las lesiones abdominales, ya de los fenómenos consecutivos á éstas y que pusieron en peligro de muerte al enfermo. Esto sentido, son evidentes las lesiones abdominales, puesto que la herida era bastante ancha para que por medio de la simple vista percibiera el doctor Gutiérrez la lesion del hígado en el punto que corresponde al lóbulo de Spigelio. Las materias estercoreales que salen por las heridas dan la nocion de la lesion del intestino, precisada por la sensacion experimentada por la introduccion del dedo en la herida. La expulsion por este punto de las bebidas ingeridas por el enfermo, patentiza la lesion del estómago ó por lo ménos del duodeno.

Las heridas producidas por armas de fuego presentan en ocasiones tan raras particularidades, que impiden á veces explicar perfectamente su mecanismo. Tales son las circunstancias del presente caso, en que la variedad de las lesiones producidas por un solo proyectil en puntos un tanto separados unos de otros, hacen parecer imposible que un solo proyectil llegara á causarlas, á no ser que recorriese su trayecto intra-abdominal experimentando fuertes desviaciones sobre órganos que no pueden oponer sino una débil resistencia. En efecto, la bala entra por la region del hipocordrio derecho á cinco centímetros encima del ombligo y á tres centímetros del lado derecho de la línea alba, correspondiendo por tanto al peritoneo y al colon en el punto en que de ascendente que éste es, se hace transverso y en donde corresponde á la cara inferior del lóbulo derecho del hígado; la bala interesa luego el estómago, que en su estado normal, no se avanza en el sentido transversal más allá de los límites del hipocordrio derecho, ni aun en el estado de mayor distension (Sappey). La eminencia porta posterior del hígado ó lóbulo de Spigelio, está en relacion con el cardias, y por consiguiente, situado un tanto hacia la izquierda, en el hipocordrio izquierdo. Sale luego la bala por la parte posterior del tronco á cuatro centímetros hacia afuera y á la derecha de la columna vertebral.

Si la bala penetró en el abdomen hacia la derecha de la línea alba, en una direccion horizontal de adelante hacia atras, ha tenido que experimentar una desviacion hacia el lado izquierdo para alcanzar á herir el estómago y el lóbu-

lo de Spigelio, y al atravesar estos órganos, ha debido experimentar una nueva desviacion, en línea muy oblicua, para salir á cuatro centímetros hacia la derecha de la columna vertebral. Si la bala penetró desde el principio en una direccion oblicua, ha debido experimentar una mayor desviacion para salir por el punto que acabo de señalar.

La fistula gástrico-intestinal que presentaba el herido cuando principió á recetarle el doctor Gutiérrez, es un hecho importante en la historia de las heridas de los intestinos, pues no habiendo signos que manifesten, en la época á que me refiero, que el ano anormal hubiese sido practicado por medio de una operacion, es razonable el suponer que la naturaleza produjo esta accion saludable; y es tambien un fenómeno particular el de que ántes de efectuarse el trabajo adhesivo del intestino y del estómago contra las paredes del abdomen, no se hubiese verificado un derrame de materias alimenticias y fecales en la cavidad peritoneal, derrame que habria producido una peritonitis mortal, ó abcesos estercoreales de suma gravedad.

Las operaciones practicadas por el doctor Gutiérrez en presencia del abceso hepático, de la caries y necrosis de la costilla y de los cuerpos extraños, completaron el trabajo saludable de la naturaleza, obteniendo una de las curaciones que se registran en la ciencia como sorprendentes y excepcionales.

Vuestra comision considera por tanto de sumo interes la observacion que ha presentado el señor doctor Gutiérrez y se atreve á hacerlos la siguiente proposicion:

Dénsese las gracias al señor doctor P. Gutiérrez Portillo por la presentacion de su trabajo, y publíquese éste en el periódico de la Sociedad.

Señores Miembros.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

Bogotá, Noviembre 19 de 1875.

OBSTETRICIA.

ENQUISTAMIENTO

DE LA PLACENTA ÁNTES DEL PARTO.

(Por el doctor Leoncio Barreto, cirujano de la Maternidad en el Hospital de San Juan de Dios, de Bogotá.)

El enquistamiento de la placenta como accidente que se presenta despues del parto, y con un mayor ó menor cortejo de síntomas y complicaciones que lo acompañan, ha sido muy bien estudiado y descrito por todos los autores de Obstetricia; pero el "Enquistamiento de la placenta, ántes del parto," ó sea durante el trabajo de éste, no ha sido observado hasta hoy, ó por lo ménos, nadie ha hecho mención de él, á pesar de ser un accidente que pudiera llamarse frecuente entre nosotros, puesto que de 643 partos se ha presentado en 5 casos bien comprobados y enteramente idénticos, como se verá por las Historias Clínicas adjuntas.

Fundado en mis propias observaciones y en las llevadas por las personas inteligentes que me han acompañado en mis investigaciones, tales como los doctores J. M. Lombana B., Daniel Coronado, Jacinto Leon y los actuales internos del Hospital de Caridad, señores Ignacio Barberi y Elberto Roca, es como he creído encontrar bases amplias y seguras, en que fundar la siguiente descripcion que me atrevo á presentar al estudio de mis profesores.

El enquistamiento de la placenta, ántes del parto, es una complicacion sobrevenida al momento del parto, á consecuencia de la contraccion espasmódica del cuerpo del útero, dividiendo así su cavidad en dos partes: una superior que contiene la placenta y otra inferior que contiene el feto.

CAUSAS.

La constitucion nerviosa, haciendo más excitable la contractilidad muscular, parece ser una causa predisponente de este accidente. La resistencia de la bolsa, impidiendo su ruptura, y la implantacion de la placenta al fondo de la matriz, son la causa de que cuando las contracciones se

hacen intensas, la matriz, encontrando ocupada por el agua el espacio comprendido entre el feto y la placenta, se estreche en este punto, para poder desalojar fácilmente el líquido allí contenido, que, como se sabe, no llena toda la cavidad; y además una parte de él ha ido en este caso a situarse en la vagina. Los medicamentos excitantes empleados inoportunamente con el objeto de aumentar las contracciones del útero, pueden por consiguiente determinar este accidente.

DIAGNÓSTICO.

Después de algunas horas de comenzado el trabajo, la mujer se encuentra con las fuerzas agotadas; el pulso es pequeño y frecuente; las contracciones de la matriz son nulas ó al menos muy débiles, para poder terminar el parto por sí solas. La palpación exterior demuestra que la matriz está dividida en dos partes, la una superior formando un tumor duro, igual, ovoide, cuyo gran diámetro situado en el sentido transversal, mide de 25 á 30 centímetros; y la otra inferior teniendo la figura ordinaria del huevo y dejando percibir las desigualdades fetales. La auscultación deja oír sobre el tumor inferior el ruido fetal y el de fuelle; sólo dos veces lo hemos podido demostrar sobre el tumor superior. La exploración vaginal deja ver el cuello completamente dilatado y la bolsa haciendo una hernia tan considerable, que en una ocasión la hemos visto salir fuera de la vulva, formando un tumor del tamaño de la cabeza de un feto á término. Puede además demostrarse la posición y la posición.

TRATAMIENTO.

En el caso que nos ocupa, á pesar de una buena posición, de estar el cuello dilatado y de tener el vómito una buena conformación, los excitantes no deberán emplearse, pues si las contracciones aumentaran, la constricción inter-feto-placentaria aumentaría también, poniendo en peligro la vida del feto por la compresión del cordón y aumentando las dificultades para la extracción de la placenta. Además, siendo la fuerza contractil proporcional al volumen y longitud de la fibra muscular y ésta en el útero, proporcional á la potencia expultrix necesaria para arrojar el feto, este hecho fisiológico no podrá efectuarse, puesto que el círculo de acción de las fibras longitudinales de la matriz, ha quedado reducido á la mitad de su extensión por el accidente antedicho.

La abertura de la bolsa y la extracción con el forceps han sido el medio empleado por nosotros en los 5 casos de nuestra observación, por cuanto la presentación era cefálica y la posición natural: en los otros casos creo que la prescripción general debe reducirse á terminar el parto por los medios generales, procediendo á extraer la placenta lo más pronto posible, antes que se efectúe una contracción más fuerte de la parte estrechada, y para evitar así los accidentes consiguientes á la retención de la placenta.

L. BARRETO.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.
Escuela de Medicina.

Sala de Maternidad, cama número 35.

Clinica de los alumnos José M. Lombana y Jacinto Leon. Paciente, Dominga Guerrero, de 26 años, natural de Bogotá; estado civil, soltera; profesion, sirvienta.

Principia la historia el día 2 de Abril de 1873 y concluye el día 15 de Abril de 1873 por salud de la paciente.

Diagnóstico: Embarazo á término.

Pronóstico desfavorable.

ANTECEDENTES.

La enferma de que hablamos se presentó el día anterior de su parto en la sala de Maternidad; no habia sufrido ningun accidente durante su embarazo, que se presentó con sintomas ordinarios:

Fue examinada el mismo día de su entrada, y por el examen al tacto, palpación y auscultación se encontró lo siguiente: El cuello uterino estaba suficientemente dilatado, blando, elástico y casi confundido con las paredes vaginales; además su posición con respecto al útero era natural, y todo lo que por este examen se hizo indicaba que su parto seria fácil.

Diagnosticamos una presentación *occipitò-iliaca izquierda anterior*.

Por medio de la auscultación, nos persuadimos, que el ruido fetal estaba colocado un poco debajo del ombligo, sin que por esto dejase de oírse en varios puntos de la porción derecha del abdomen; al mismo tiempo el ruido placentario se percibía hácia el fondo de la matriz; con esto y lo que observamos al tacto nos persuadimos de que la posición era la que el primer modo de examen nos habia dado. Por la palpación sentimos que el útero formaba un ovoide regular, un poco inclinado á la derecha y que se elevaba cuatro traveses de dedo encima del ombligo; este medio nos presentó dificultades para poder terminar.

Las manos, las partes genitales, la region abdominal, el mameón, &c., estaban con todos los signos que caracterizan un embarazo á término.

Al día siguiente empezaron los dolores del trabajo después de haber tenido una noche angustiada, por los sufrimientos inherentes á este acto fisiológico. Se nos llamó para asistirle en el parto á las 11 de dicho día.

Inmediatamente procedimos á examinarla. Con sorpresa hallamos la region abdominal formando dos eminencias en forma de tumores separados, el superior del inferior por una cintura profunda. Creimos en un embarazo doble; pero por el examen hecho por el profesor, nos persuadimos que era un equívoco de la placenta. Pasamos al examen interior y encontramos que la bolsa del amnios formaba una hernia considerable en la vagina, la cual, habiendo sido abierta, nos dejó percibir la cabeza del feto que presentaba un enorme volumen, lo que nos indujo á considerar todo esto como causa de distosia. Nos dispusimos á ayudar á la naturaleza con todos los medios que el arte suministra; al efecto, algun tiempo después convencidos de su impotencia para efectuar el parto, por falta de energía del útero y por las causas dichas, el médico de la sala resolvió que se aplicara el forceps, operación que nos produjo dificultades, porque después de haber empleado inútilmente la fuerza que uno de nosotros podia desarrollar, hubo necesidad de la de los dos. Así comenzó á descender á la excavación y al fin conseguimos que la cabeza se presentara fuera de la vulva; después todo fué sumamente fácil y el niño nació vivo pero casi asfixiado y dos horas después no existía.

Al cuarto de hora, poco más ó ménos, el profesor procedió á la extracción de la placenta, en cuya operación se observó alguna dificultad, pues sólo se pudo extraer después de haber comprimido por largo rato el fondo del útero para facilitar la dilatación de la parte estrecha. Las membranas que componen este órgano fueron examinadas después de la extracción, y reconocimos que no estaban en buen estado, probablemente esto era debido al contacto del amnios, que observamos estaba en principio de putrefacción cuando se abrió la bolsa.

Procedimos luego al examen del útero y á reconocer los diámetros del bacineté para encontrar la causa de la distosia, y reconocimos que los diámetros eran los naturales y que la verdadera causa era la que referimos anteriormente, es decir, el enquistamiento de la placenta y el volumen enorme de la cabeza.

Para suplir la falta del niño se le puso el mameador para que se extrajera la leche.

El día 15 se le dió un purgante de aceite de palma-cristi. Doce días más duró en el Hospital y en todo este tiempo no ofreció nada particular y salió perfectamente buena.

JOSE M. LOMANA B.—JACINTO LEON.

Sala de Maternidad, cama número 6.

Clinica del alumno José Ignacio Barberi.

Paciente, Rita Camargo, de 17 años, natural de Duitama; estado civil, soltera; profesion, cocinera.

Principia la historia el día 30 de Mayo de 1876, y concluye el día 30 de Junio de 1876, por salud de la paciente.

Diagnóstico: Embarazo á término.

Pronóstico favorable.

ANTECEDENTES.

El embarazo ha sido completamente bueno: no ha tenido vómito, ni otra indisposición en todo el tiempo que ligeras diarreas de corta duración. Es el primer parto.

ESTADO ACTUAL.

La enferma se muestra muy agitada; el pulso late 96 veces por minuto; su respiración es agitada e irregular. Procedimos á examinarla, y haciéndolo por los diversos métodos tuvimos el siguiente resultado:

Por medio de la inspección notamos dos elevaciones en la pared anterior del abdomen, colocada la una á la parte inferior

de izquierda de esta cavidad y otra hacia la parte superior derecha, separadas por una cintura dirigida horizontalmente y de tal manera profunda que podíamos introducir los dedos.

Por medio de la palpación, estos dos tumores eran duros, aunque el superior algo menos, sin que pudiéramos decidir qué tocábamos, por la fuerte tensión de las paredes.

Por medio de la auscultación, después de mucho trabajo por los continuos movimientos de la paciente y por el roce que éstos producían en el pabellón del estoscopio, hallamos hacia la parte más posterior del tumor superior el ruido placentario, sin que pudiéramos hallar ni en el uno ni en el otro el ruido fetal.

Por el tacto encontramos el cuello bastante dilatado y saliente; en el fondo de la vagina una eminencia arredondada, dura, que parecía ser la cabeza, pero que comprimiendo recio se dejaba hundir, por lo que comprendimos era la bolsa amniótica.

Nuestra primera impresión fué una preñez gemelar, y por lo raro del caso para nosotros y la dificultad y longitud del trabajo resolvimos mandar llamar al doctor Barreto.

Al cabo de corto tiempo que vino, el trabajo no adelantaba nada. El la examiné detenidamente; nos hizo notar el ruido fetal colocado en el tumor inferior hacia el lado izquierdo, debajo del ombligo, el cual se oía bastante claro internando el estoscopio. Por el tacto nos hizo notar la espesura de las paredes de la bolsa, la que cogimos entre dos dedos. Finalmente, diagnosticó un solo feto en posición occipito-ilíaca-izquierda y un enquistamiento placentario anterior al parto.

Notando el grosor de la bolsa resolví romper las paredes, lo que con mucha fuerza conseguí efectuar con los dedos. Rota ésta se derramó cierta cantidad de líquido, y le permití por el tacto precisar la posición anterior ó primera de Baudeloque.

Después de haber aguardado más de media hora, y viendo que el trabajo avanzaba muy poco, resolví terminarlo con el forceps.

No nos detendremos en la descripción de la aplicación de este instrumento, pues es demasiado conocida y en este caso vimos hacerla de la manera más feliz.

Extraído el feto, que fué una niña viva, aguardó algún tiempo ó introdujo en seguida la mano en la cavidad de la matriz, lo que hicimos nosotros en seguida para reconocer que la cavidad era muy estrecha, de modo que no daba cabida ni á dos dedos, y superado el agujero por un tumor duro como escirroso. El, pausadamente, dilató esta abertura, y asistida por frotos en la pared abdominal y la administración de un poco de vino, extrajo la placenta, la que nada de particular mostraba á no ser algo deformada.

Introducida después la mano por segunda vez, notamos la contracción en forma de quiste que encerraba la placenta, el estrechamiento y en el fondo de la matriz un tumor duro y abollonado que simulaba un cáncer escirroso. Pero estudiados los antecedentes de la enferma y su estado general, el doctor Barreto nos dijo creía más bien fuera formado ese tumor por un exstasis sanguíneo, producido por el obstáculo que presentaba el estrechamiento al curso normal de la sangre en el fondo uterino, es decir, que era una congestión mecánica.

La mujer siguió bien, el pulso aceleradísimo, 132 pulsaciones por minuto. Al segundo día se le administró un purgante acético; después tuvo algo de dolor en la región hipogástrica; se le ordenó un tartrato de zinc gris belladonizado al vientre, y el interior tinctura de alcanfor y tinctura de opio á 8 gotas en una poción. A la niña se prescribió en las escoriaciones causadas por el forceps: Licopodio 8 gramos, calomel, 2. R. El polvo. Después baño con cocimiento de quina y 0,50 ácido salicílico, con lo que se mejoró mucho, y después entrando el Dr. Buendía prescribió vino aromático en hilas, con lo que se curó completamente, y el 24 de Junio se fueron madre e hija en perfecto estado de salud.

J. Ignacio Barberi—Eberto de J. Roca.

Bogotá, Junio 30 de 1876.

ENDOCARDITIS

SUB-AGUDA PUERPERAL.

Una cuestión de novedad para la ciencia médica ha sido el tema elegido por nuestro amigo y compañero de estudios el doctor Nicanor G. Insignares, para trabajar su tesis de doctorado en la Facultad de Medicina de París: *las relaciones de la endocarditis gravídica sub-aguda con las hemiplejias puerperales.*

En el corto lapso de tiempo que comprenden los trabajos emprendidos sobre este asunto, se ve con satisfacción que si el estudio que de él se ha hecho no es aun completo, sí puede al menos aceptarse como perfecto en cuanto ha sido posible; y nosotros nos complacimos en reconocer que no en poco ha contribuido para ello el reciente trabajo del doctor Insignares.

Que "existe una endocarditis gravídica sub-aguda."

Que "esta endocarditis da lugar con frecuencia á embolias que ocupan de preferencia los vasos cerebrales y algunas veces del sistema pulmonar;" y

Que "la endocarditis sub-aguda explica un gran número de hemiplejias puerperales que de otra manera no pueden explicarse."

Tales son las conclusiones de este importante trabajo cuya detenida lectura nos permitirá, guiados por las observaciones clínicas que contiene y las juiciosas y científicas apreciaciones que de ellas hace el autor, trazar de la enfermedad en cuestión la siguiente historia.

Desde los tiempos de Hipócrates se ha hablado de las parálisis observadas así en el embarazo como en el estado puerperal. De estos hechos clínicos se ha dado en los diversos tiempos explicaciones varias: las pretendidas metástasis lechosas sirvieron en el siglo pasado para explicarlos. Se precisó mejor el estudio clínico de las enfermedades del corazón, y en este órgano buscaron el origen de los fenómenos cerebrales observados. Menière, en 1823, notó que el corazón experimentaba bajo la influencia del embarazo, una hipertrofia semejante á la que se observa en sus afecciones orgánicas, y la actividad exagerada de este órgano producía rupturas arteriales, causa de los focos hemorrágicos en el cerebro. La explicación de las hemiplejias puerperales parecía, pues, encontrada.

Estudios posteriores han restringido notablemente el número de hemiplejias puerperales que puedan atribuirse á la hipertrofia del corazón. Virchow ha hecho comprender la posibilidad de estas hemiplejias sin ruptura vascular y sin hemorragias, demostrando que un fragmento de válvula ó que una concreción fibrinosa, pueden ser trasportados por el torrente circulatorio para ir á obstruir el calibre de una arteria.

Otros autores han señalado las alteraciones de los líquidos como la causa de las hemiplejias puerperales. Así, estiman la albuminuria como la causa frecuente é invocan la presencia del misma puerperal que envenena la sangre y que puede producir parálisis de naturaleza y de forma diversas.

Los fenómenos de isquemia y de anemia cerebrales explican bien las parálisis que se habla, como dependientes de la anemia y consecutivas á mototrigias puerperales abundantes.

En suma, entre las muchas causas asignadas á las hemiplejias puerperales, dos son las más comúnmente aceptadas y que tienen una mayor frecuencia relativamente: las que son consecutivas á una enfermedad de Bright desarrollada en el puerperio y las determinadas por enfermedades orgánicas del corazón. De entre éstas acepta el doctor Insignares la endocarditis que aparece bajo la influencia de embarazos repetidos y del estado puerperal, como la única lesión que á la vez que explica suficientemente la causa determinante de la hemiplejia y su mecanismo, tiene sobre ella una influencia probada.

Generalmente se observa que las mujeres que han tenido varios partos, principian á sentir en el curso de alguno de sus embarazos, palpitaciones en el corazón, cansancio y fatiga al caminar. Repentinamente aparece en ellas algun fenómeno paralítico que las sorprende aun en medio de sus labores y trabajos ordinarios, y se establece una hemiplejia más ó menos completa, precedida ó no, de algunos accidentes convulsivos ó comatosos. En muchos casos no hay anestesia, amnesia, ni temblores; ésta es puramente una turbación de la actividad. Uno ó varios ataques de forma apoplética suelen observarse, notándose una poca duración y en ocasiones la falta del período comatoso y la tendencia á recobrar el movimiento con no poca celeridad. En dos observaciones clínicas recogidas por el doctor Insignares y que se hallan consignadas en su tesis, vemos que varias de sus enfermas en el curso del embarazo han padecido un ataque ligeramente comatoso, seguido de hemiplejia que ha desaparecido en el trascurso de poco tiempo (dos meses) y que repentinamente ha vuelto á presentarse con mayor intensidad. Casos ha habido tambien de primiparas en quienes la afección cardíaca ha permanecido latente hasta el momento del parto, revelándose entónces por una afección cerebral mortal en 24 horas. El curso de la sintomatología y su gravedad se ve, pues, que es en un todo dependiente de la naturaleza y de la extensión de la lesión cerebral.

Estos hechos observados y su coincidencia con la sintomatología y lesiones anatómicas de la endocarditis sub-aguda, autorizan para establecer una estricta relación entre ellos, como que son efecto dependiente de esta lesión cardíaca.

Las embolias de origen cardíaco como causa ocasional de encefalopatías es un hecho ya bien conocido; pero sus relaciones con el estado puerperal, y sobre todo su dependencia de la afección intracardíaca afectada de una manera especial durante este estado, si es una cuestión nueva en la ciencia.

Con relacion á su curso más ó menos rápido, hanse admitido

varias clases de endocarditis de las que se desarrollan bajo la influencia del embarazo y del estado puerperal.

La forma aguda, que en su evolución alcanza apenas á uno ó dos septenarios, es para Decarnière la que se observa con mayor frecuencia. De la sub-aguda ó crónica ha dicho que casi nunca es observada; acaso sucede así porque muchas ocasiones permanece en un estado latente, ó porque sólo en su forma aguda ha fijado más la atención de los observadores.

Las lesiones anatómicas que ofrece el corazón en esta endocarditis son las mismas que las que experimenta bajo la influencia del reumatismo, pues, como ya hemos visto, aun las diferencias constitutivas de las varias clases de endocarditis se hallan tan sólo en su etiología y en su *processus* ó evolución. La única diferencia sustancial que se nota, es que en las endocarditis puerperales hay una tendencia manifiesta á la eliminación ó desprendimiento de los nuevos productos anatómo-patológicos que cubren esta serosa, los cuales entran en el torrente de la circulación y se detienen en la cavidad de un vaso cuyo calibre no les permite seguir, mientras que esta tendencia no se observa en las endocarditis de origen reumatismal.

Es también una verdad comprobada que la válvula mitral es el sitio donde se localiza con mayor frecuencia la lesión endocárdica. Cuando el trabajo inflamatorio sigue en su forma crónica modificando la superficie de esta afección, los nuevos productos que bajo su influencia aparecen adquieren consistencia y toman formas varias, de tal manera que se ha hallado en uno de estos casos (citado por M. Ravet) una superficie comparable á una moneda de dos francos, cubierta de vegetaciones. Sobre la válvula mitral existía una vegetación semejante á una colí-flor, compuesta de pequeñas agrupadas las unas al lado de las otras y ligeramente pediculadas. Esta especie de longo estrechaba, necesariamente, el orificio aurículo-ventricular al bajar la válvula mitral.

Se ve, pues, que las lesiones anatómicas de la endocarditis puerperal, caracterizan menos esta afección que los hechos clínicos, puesto que aquellas en nada difieren de las otras variedades de endocarditis. Creo el doctor Lussignea aplicable á ella el aforismo de Mr. Bouillaud relativo á la endocarditis reumatismal: que puede curarse sin dejar lesiones y que puede no ser sospechada siquiera durante la vida.

Volviendo á la sintomatología, podemos ahora explicarnos porqué los ruidos cardíacos que caracterizan una insuficiencia mitral, es decir, un soplo sistólico con su máximo de intensidad hacia la punta del corazón, son los que corresponden patognómicamente á la endocarditis sub-aguda. Nótese también que cuando las alteraciones anatómicas han alcanzado un mayor desarrollo, los nuevos ruidos guardan necesariamente la relación de dependencia conocida con las demás lesiones cardíacas. Los dolores retro-esternales, la opresión y las palpitaciones casi siempre se han observado, á menos que se trate de aquellas endocarditis de un curso tan silencioso, si podemos decir así, que ni aun el paciente advierte sus sufrimientos y el médico tropieza con ellas buscando en el corazón los soplos anémicos.

Es un hecho demostrado que en la generalidad de las mujeres embarazadas que á la vez padecen la enfermedad de Bright, la hemorragia cerebral es la terminación más común de esta enfermedad. Pero entónces basta el conocimiento de la enfermedad principal para explicar la naturaleza y el curso de la hemiplejía.

Las hemiplejías dependientes de endocarditis sub-aguda se manifiestan en personas que no han sufrido nunca ataques reumáticos, no han abusado de los alcoholizados, no han padecido la sífilis, ni son afectadas por la albuminuria. La exclusión de todos estos elementos en presencia de uno ó varios ataques de hemiplejía ocurridos en una mujer embarazada, y en cuyo corazón se caracteriza el ruido de soplo sistólico hacia la punta, son en suma los hechos que hacen el proceso de esta enfermedad recientemente conocida.

Las lesiones que experimenta el endocardio pueden considerarse como especiales, atendida la naturaleza y condiciones funcionales de esta serosa. Walter Moxon ha demostrado que ellas tienen por causa determinante la susceptibilidad ó aptitud, si podemos hablar así, que despiertan en el endocardio algunos estados generales tales como el reumatismo, la corea y hoy podemos añadir el puerperio, para ser afectado patológicamente, y como causa ocasional, el roce ó frote que las paredes internas del corazón sufren en cada movimiento sistólico. Además, como es el ventrículo izquierdo el que se contrae con mayor fuerza y el borde de la válvula mitral el punto en donde es más fuerte el roce, resulta que en este ventrículo y en esta válvula es donde las lesiones endocárdicas son más frecuentes, haciéndose por tanto de una rareza relativa en el corazón derecho.

Ni pus, ni linfa produce el endocardio en sus inflamaciones, según lo han demostrado los experimentos de Mr. Lee; pero en

cambio, la menor alteración que en el pulimento de su superficie produce la inflamación, retarda la corriente sanguínea, y cuando la sangre viva, arterial y en ocasiones más cargada de fibrina, se mueve sobre una superficie desigual, es verdad experimental que tiende siempre á depositar fibrina sobre ella. Así, los depósitos fibrinosos forman la particularidad de las endocarditis con el *decolorado* principio de ser allí permanentes. No sucede así con los productos que la inflamación desarrolla en las demas serosas: los derrames se reabsorben; las falsas membranas desaparecen &c., &c. y aun las lesiones del reumatismo sobre ellas pueden ser de transitoria duración. Depende esto, según Moxon, de la falta de contrapresión por los sólidos sobre las válvulas del corazón que siempre están bañadas por la sangre. En las membranas serosas articulares, tan pronto como el derrame ha sido reabsorbido, quedan comprimidas contra los tejidos sólidos, lo cual da por resultado la desaparición de los demas productos de la inflamación.

Las dos variedades de endocarditis generalmente admitidas, la plástica y la ulcerosa, siguen una evolución que con rigor no puede determinarse: el proceso anatómo-patológico de la primera es lento pero continuo, mientras que el de la segunda cobra á veces tal rapidez, que pocos días bastan para que la necrosis perfora la válvula. Esta es de una gravedad inminente, próxima, "puede producir supuraciones piélicas por embolismo en órganos distantes por partículas despreñadas de la úlcera." Aquella es peligrosa por sus efectos consecutivos: la insuficiencia mitral y las embolias.

El resultado práctico á que naturalmente nos conducen estos conocimientos es aceptar, como lo dice Moxon, el roce de las válvulas como la causa ocasional determinada por varios estados generales para producir sobre ellas los depósitos fibrinosos que la inflamación endocárdica prepara. Así, pues, en el embarazo, en el estado puerperal y después de un ataque de reumatismo es evidente necesidad evitar todo esfuerzo y disminuir la fuerza de contracción del corazón.

A. APARICIO.

CORRESPONDENCIA CIENTIFICA.

Paris, 7 de Junio de 1876.

Señor Redactor de la *Revista Médica*—Bogotá.

SUMARIO—Lesiones óseas en la ataxia locomotriz progresiva y en el "mal de San Anton." Semajanza de estas lesiones. Desacuerdo aparente entre la Fisiología y la Patología en la explicación de estas lesiones. Argumentos que establecen la relación que existe entre las lesiones de los centros nerviosos y las turbaciones de nutrición de los tejidos. Opinión del Dr. P. Rengifo acerca de las lesiones óseas del mal de San Anton.

En el número 22 del *Progrés Medical* correspondiente al 27 de Mayo pasado, han publicado la ligera relación que hice al presentar á la "Sociedad Anatómica" la pieza que demuestra las lesiones óseas observadas en la variedad de lepra ó "mal de San Anton" de nuestro país, lo mismo que la relación de las lesiones óseas en la ataxia locomotriz progresiva en los dos casos recogidos por Mr. Raymond, y de los cuales me ocupé en uno de mis escritos anteriores.

Sobre estas lesiones, en mi concepto semejantes, me atrevo á llamar de nuevo la atención de mis colegas, con el objeto de provocar un estudio detenido, completado con autopsias más numerosas del "mal de San Anton," para poder apreciar mejor las turbaciones de nutrición de los diferentes tejidos consecutivas á lesiones de los centros nerviosos.

Algunas consideraciones generales tomadas, bien entendido, de las lecciones hechas en Salpêtrière por el profesor Charcot, bastarán para llevar la luz que deba guiarnos en las investigaciones que se emprendan sobre el particular.

Nada mejor establecido en Patología, dice Mr. Charcot, que la existencia de estas turbaciones tróficas consecutivas á las lesiones de los centros nerviosos ó de los nervios. Sin embargo, la Fisiología más avanzada nos enseña que, en el estado normal, la nutrición de las diferentes partes del cuerpo no depende esencialmente de la influencia del sistema nervioso.

Verdad es que los actos químicos de renovación molecular que constituyen *la nutrición*, no dependen esencialmente del sistema nervioso. Ellos se cumplen en organismos inferiores, en los protozoarios, por ejemplo, así como en el tejido cartilageno de los animales superiores, desprovistos ambos de nervios.

Por otra parte, después de la sección de la médula espinal ó de los nervios que terminan en un órgano, las partes periféricas, los músculos, huesos, &c., continúan viviendo y nutriéndose casi como en el estado normal. Las lesiones que entónces sobrevienen, son puramente *pasivas*, debidas á la *inactividad* de los órganos, á la *inmovilización* de los miembros. Así, según Brown-Séquard, la tumefacción de las extremidades, la pérdida de las uñas, que tienen lugar en un miembro en el cual se ha cortado el nervio siático, no existen sino porque habiendo

perdido la sensibilidad, el animal es incapaz de sustraerse á la acción de los agentes exteriores, al frote sobre un suelo duro y áspero. Si estas causas se evitan, las lesiones no tienen lugar.

Igual cosa puede decirse para las lesiones del ojo en la sección del *ergemelo*; lo mismo para los miembros paralizados por destrucción al traves de cierta extensión de la medula espinal.

Pero, si de estos hechos de Fisiología experimental resulta que el sistema nervioso no tiene el poder de producir en regiones lejanas otras turbaciones que las que resultan de una inactividad prolongada, no sucede lo mismo en las lesiones que determinan en los nervios ó centros nerviosos una *exaltación de sus propiedades, una irritación, una inflamación.*

La contradicción, al parecer formal, entre la Fisiología y la Patología, no es sino aparente.

La misma Fisiología experimental nos suministra algunas pruebas propias para demostrar que las lesiones *irritativas* del sistema nervioso, son capaces de determinar turbaciones tróficas variadas en las partes á las cuales se distribuye.

Dos agujas se aplican sobre el ganglio de Gasserio de un conejo, para hacer pasar una corriente de inducción. Inmediatamente se produce una estrechez de la pupila, inyección conjuntival, secreción abundante de las glándimas. Un proceso inflamatorio comienza, pero con hiperestesia, con aumento excesivo de la sensibilidad que advierte al órgano afectado para escapar á la influencia de los agentes exteriores. Sin embargo, las ulceraciones y opacidades de la córnea vienen, las colecciones purulentas se forman.

Una mujer de 75 años sufría hacia algun tiempo de dolores violentos del lado derecho de la cara: nunca perdió la sensibilidad, para quedar expuesta á los agentes exteriores. La conjuntiva se pone roja, al cabo de poco tiempo las opacidades de la córnea se manifiestan, despues ulceración y perforación de esta membrana, dando salida á un liquido puriforme. La mujer muere inopinadamente: á la autopsia se encuentra el ganglio de Gasserio voluminoso y duro.

En las secciones de la medula, la parálisis producida en los miembros inferiores conduce á la larga á una atrofia de los músculos que han permanecido *inactivos*; pero cuando la *inflamación* se establece en la vecindad del corte, las atrofas y degeneraciones musculares se producen rápidamente, las úlceras de los tegumentos, las escaras aparecen muy pronto, á pesar de los más grandes cuidados de aseó que se empleen.

Si dejamos el campo de la Fisiología experimental para pasar al dominio de la patología del hombre, encontraremos una série de ejemplos que nos irán mostrando la dependencia que existe entre estas turbaciones de nutrición y las lesiones irritativas de los centros nerviosos, y por analogía deberíamos admitir que la desaparición de los huesos del pié en el mal de San Antonio debe estar acompañada de lesiones apreciables de la medula; como sucede en la ataxia locomotriz progresiva.

Las lesiones de los centros nerviosos como las de los nervios, pueden dar lugar á fenómenos mórbidos del lado de la piel, de los músculos, de las articulaciones, de los huesos, de las vísceras en fin.

Despues de contusiones, de picaduras, de heridas incompletas de los nervios, es decir á consecuencia de causas traumáticas propias para producir la *neuritis*, se observan en la piel erupciones variables, precedidas ó acompañadas á veces de síntomas dolorosos, tales como la *Zona, pénfigo, eritema pernio*; la afección cutánea descrita por los americanos con el nombre de *Glossy Skin ó piel lisa*.

Algunos ejemplos más para dar mejor idea de la cuestión: Por consecuencia de una fractura de la extremidad inferior del radio, se habia producido un callo voluminoso que comprime el nervio *medianio*. Por esta causa, se forman ulceritas rebeldes en la piel del pulgar y de los dos primeros dedos. La flexión del puño, relajando las partes blandas de la cara palmar, hace cesar la compresión del nervio y da por resultado la curación de las úlceras. Inmediatamente que el enfermo se sirve de la mano, se comprime de nuevo el nervio y las úlceras reaparecen.

En un individuo tuberculoso aparece en los últimos días de su vida una erupción de *Zona* sobre la parte correspondiente de 9.º y 10.º nervios intercostales del lado izquierdo. En la autopsia se reconoce una caries de las vértebras, lesiones de la cara madre y *tumefacción* solamente en los 9.º, 10.º y 11.º ganglios de los nervios, del lado izquierdo, y no en los otros ganglios.

Las autopsias nos demuestran hoy, que la *Zona ó eczema* de la cara, es el resultado de una inflamación del ganglio de Gasserio; la *Zona* del tórax es una *neuritis* intercostal; las inflamaciones del *Scáptico* se traducen por erupciones penfigoides y erematosas de la pierna correspondiente.

En las myelitis, en las varias afecciones de la medula, encon-

tramos como consecuencia las atrofas musculares, la degeneración grasosa, atrofia muscular progresiva, &c., &c.

Finalmente, en la *esclerósia en placas* de la medula encontramos la reabsorción de los huesos, las *artropatias atácticas*. Estas se presentan en ausencia de toda causa traumática, de distorsión reumática ó gota, que pudieran explicar la enfermedad articular; la influencia de una causa mecánica no puede ser invocada, porque aparecen á una época poco avanzada del mal, cuando la incoordinación motriz es todavía nula; y por último la observación directa ha demostrado á Mr. Charcot, que es en la sustancia gris de los cuernos anteriores de la medula que se encuentra el punto de partida de esta complicación singular de la ataxia. El proceso inflamatorio que empieza por los cordones posteriores, se extiende en estos casos á los cuernos anteriores de la sustancia gris, la cual se atrofia, se deforma, cierto número de células nerviosas, disminuyen de volumen y desaparecen sin dejar señales.

Ahora, es en la *Lepra anestésica* que se encuentran en todo su desarrollo las lesiones tróficas que provienen de alteraciones de los nervios ó centros nerviosos. El proceso inicial es una *perineuritis leprosa*, caracterizada por una proliferación celular especial situada en los intervalos de los tubos nerviosos, los cuales son destruidos completamente. Se encuentra con frecuencia en el trayecto de los nervios una tumefacción fusiforme apreciable algunas veces en las regiones superficiales, en el codo por ejemplo, si se trata del cubital. Estas alteraciones producen al principio tumores hiperestésicos, más tarde de anestesia. Se encuentra, ademas, en esta enfermedad el *pénfigo leproso*, estado liso de la piel (*Glossy Skin*) atrofia de los músculos, periostitis, necrosis &c.

En la forma de lepra conocida entre nosotros con el nombre de "mal de San Antonio," hemos demostrado que los huesos del pié y de la mano, desaparecen por atrofia, por reabsorción. Es muy probable que las autopsias completas demuestren lesiones de los centros nerviosos que dan lugar á estas turbaciones tróficas de los huesos.

Los datos anteriores, militan en favor de la opinion emitida entre nosotros por mi amigo el doctor Rengifo, cuando trataba de darse cuenta de esta singular desaparición del tejido oseó, á saber:

1.º Que no hay necesidad de que haya solución de continuidad por ulceración para que tenga lugar la desaparición del tejido oseó;

2.º Que, por el contrario, este tejido sufre una absorción intersticial despues de la regresión grasosa, bajo la influencia de la alteración nerviosa que preside á las modificaciones nutritivas de los tejidos.

3.º Que no habiendo ulceración ni necrosis, no hay por consiguiente, eliminación externa. EVARISTO GARCÍA.

CIENCIAS NATURALES.

EL DOCTOR JOSE TRIANA

Y SUS TRABAJOS CIENTÍFICOS SEGUN MR. E. CHEVREUL, MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE PARIS.

I.

Consideramos de interes general y aun motivo de justo orgullo nacional, la publicación del siguiente artículo critico de las obras de este héroe de la ciencia que el publico nuestro sabio compatriota el doctor José Triana, dado á luz por Mr. E. Chevreul, uno de los sabios más eminentes de la Francia y sin duda el decano de la ciencia en su país.

Tan honroso escrito ha sido para el sabio doctor Triana, una justa recompensa de su sólida ciencia, exclusivo resultado de la más firme constancia en el trabajo y de la más meritoria laboriosidad, apoyada y basada en la modesta virtud del sabio y en la severa rectitud del hombre honrado.

Nada pudiéramos decir de la respetabilidad del autor del artículo á que aludimos, Mr. Chevreul, que pudiera dar á nuestros lectores idea precisa del intrínseco valor de este escrito de que hablamos, íntegramente cosechado por la profunda ciencia del siempre modesto doctor Triana, que tan brillantemente se ha presentado en Europa en el campo de la ciencia consiguiendo victorias y triunfos, que sólo apoya en sus vigorosas fuerzas científicas é inalterable constancia y firmeza en el trabajo.

Publicamos, sí, con este objeto el discurso que Mr. Dumas, sabio eminente tan universalmente conocido, secretario perpetuo de la Academia de Ciencias de Paris, dirigió á Mr. Chevreul el 2 de Setiembre de 1872, cuando la Academia le ofreció una medalla conmemorativa, á entrar en los 77 años de edad, discurso en el cual Mr. Dumas hace la biografía científica de Mr. Chevreul, dejando comprender bien el mérito de quien, como él no tiene ya glorias científicas que ambicionar. L. M. H.

Dice Mr. Dumas al dirigirse á Mr. E. Chevreul:

“Señor: ofreciéndos esta medalla, vuestros colegas han querido haceros un visible manifiesto de su sincero afecto por vuestra persona y de su respeto por vuestros gloriosos trabajos.

“Hace sesenta y seis años dabais al público vuestro primer trabajo; sin duda alguna, modelo preciso de los físicos de Anjou; actualmente terminais una complicada investigación que ningun otro químico se hubiera atrevido á iniciar, y aun obteneis los más brillantes resultados.

“Feliz privilegio de vuestra larga y noble carrera: desde el principio fuisteis respetuoso por los antiguos métodos clásicos, y vuestros trabajos recientes dan testimonio de que como decano de los químicos, poseeis mejor que cualquiera otro la precisa posesion de las más recientes novedades. El arte de observar los hechos os debe sus mejores reglas, y habeis dado á la apreciacion de las doctrinas las más seguras formas. La invencion os es familiar, la filosofia os llama la atencion, la erudicion os distrae; para vos el trabajo ha sido y será siempre la vida. Es este el único empleo de vuestro tiempo que no os fatiga.

“Vuestras investigaciones sobre los cuerpos grasosos, de origen animal, han dado á conocer la naturaleza de estas producciones. Habeis descubierto los ácidos grasosos fijos que contienen, y en particular el ácido estérico, que es el tipo de todos ellos, dando el nacimiento á la industria de las bujías estéricas, una de las más útiles invenciones de este siglo, y habeis aislado tambien los otros ácidos grasosos volátiles que les caracterizan por el olor, preparando de esta manera la creacion de las esencias artificiales, que son hoy la base de un interesante comercio.

“Habeis demostrado en este mismo trabajo que los cuerpos naturales podrian ser considerados como sales formadas por estos ácidos diversos, unidos á una base orgánica, la glicerina; habeis abierto así la via á los trabajos por medio de los cuales la química actual ha sido fundada.

“El estudio exacto de analisis pura, que parece el único objeto de vuestra obra, os ha conducido, como aplicacion, á hacer descender la bujía de los palacios y de los salones, á las más modestas habitaciones; y como doctrina, aunque respetando los secretos de la vida, á hacer caer ese muro de separacion entre las sustancias de origen orgánico y las materias de origen mineral que habian levantado los antiguos químicos y que Berzélius habia consolidado. Vuestra obra habia anunciado que no habria un dia sino una química, y estas previsiones, envueltas entónces en la vaguedad de un lejano porvenir, han nacido y aun se han realizado á vuestra vista, satisfaccion que la fortuna os debia.

“Os ha ocupado tambien y durante largo tiempo, el estudio de las materias colorantes. Habeis aislado ántes que ningun otro, los principios á los cuales deben sus propiedades particulares ó características. Habeis establecido con experiencias exactas la teoria de la tintoreria. Vuestro círculo cromático permitió definir y aun nombrar todos los colores que nuestra vista distingue. Con su auxilio basta una cifra para hacer conocer desde lejos, á un pintor contemporáneo el matiz preciso de un objeto y aun bastará tambien para que nuestros sucesores puedan reproducirlo. Conducido por estos estudios á formar vuestra teoria del *contraste simultáneo de los colores* que nuestros jóvenes artistas no estudian tal vez bastante, mostrais cómo toda superficie, verdadero camaleon, modificada en su matiz por los colores de las superficies que le rodean, los modifica á su turno, recibiendo de sus vecinos su color complementario y volviendo á ceder el suyo.

“Estos efectos producidos por el contraste, tan notables cuando se trata de colores, los encontráis á menudo en los juicios morales hechos sobre el hombre, y demostrais cuán mal apreciados son los hechos de la historia cuando se les aleja de su medio natural para trasportarlos á un medio en donde todos los contrastos están cambiados. Basta recordar vuestra teoria de los efectos ópticos que presentan las telas de seda, vuestros estudios de analisis animal, vuestras investigaciones sobre la higiene de las ciudades, vuestras diversas memorias especiales. Pero si en este recinto en que vuestros escritos son conocidos es inútil el hacer el analisis detallado de ellos, no lo es el señalar los rasgos generales que los ennoblecen.

“Una vida de trabajo continuada sin cesar durante dos tercios de siglo; un ardor que lejos de agotarse, parece rejuvenecer cada año, es un ejemplo raro de que quisiéramos descubrir y divulgar el secreto.

“La Providencia os ha favorecido sin duda, pero la disciplina de vuestras ocupaciones, los hábitos de vuestra alma, la moderacion de vuestros gustos, la rectitud de vuestro corazon, tienen una gran parte en esto resultado.

“Jamás os habeis separado del laboratorio. Cada dia de vuestra larga vida ha sido consagrado á la observacion. Apasio-

nado por los estudios filosóficos, que os señalan un puesto en la Academia de Ciencias morales, no os han ellos desviado sin embargo conduciendose siempre el estudio de la naturaleza, al conocimiento de lo real. La práctica á su vez no os ha hecho descender hasta un realismo estrecho; debiendo conducir siempre, segun vos, la observacion de hechos nuevos á una union general más elevada y más abstracta de la naturaleza.

“Vuestra sin igual erudicion os permite seguir toda idea que brota, al traves de las sendas subterráneas, que ha recorrido ántes de mostrarse á la luz, de reconocer el punto de partida, y señalar y mostrar al público agradecimiento el primer iniciador de ella.

“Cuando los trigos que apénas nacen cubren el campo, si esto os llena de reconocimiento, no seriais vos quien olvidaria el trabajo oscuro del labrador cuyas manos han preparado la tierra, hecho los zurcos, y esparcido la semilla que producirá la cosecha.

“Todos estos goces de vuestra alma se encadenan. Los hechos que observais os interesarían ménos si vuestra clasificacion de las ciencias no los refiriera á la más vasta filosofia, si vuestro profundo conocimiento de la historia no os señalase el origen de ellos y si el sentido innato de la invencion, de que habeis dado tan brillantes pruebas, no os hiciese adivinar el porvenir.

“Amais la verdad con pasion, y la perseguis sin cesar, fiel á la divisa modesta que habeis desde hace largo tiempo prestado á Malebranche: sensible con esfuerzo á la infalibilidad, sin pretender á ella. Pero si buscáis ante todo la exactitud de los hechos, no sois, sin embargo, uno de esos experimentadores de estrechas miras que colocan toda su ciencia en los hechos; dais al pensamiento la parte que le corresponde y demostrais que en la investigacion de lo desconocido, es preciso ir siempre de lo concreto á lo abstracto y de lo abstracto á lo concreto.

“Pertenecis á ese grupo de espíritus reflexivos, adictos al método, que no sólo quieren ver todo con precision sino que tratan de explicarse cómo están seguros de hallar esta misma precision. La química no es para vos sino un ramo de la filosofia natural, y el estudio científico de la naturaleza misma, no es segun vuestra manera de ver, sino un medio de poner de manifiesto el orden que reina en el universo.

“Es de esta manera como se explica la curiosidad universal de que estais animado, como tambien esta fe apasible en el destino del hombre de bien que se revela en todos vuestros actos.

“Quién no se acuerda de la calma de que fuisteis pruebas durante el sitio de Paris, cuando los prusianos bombardeaban el Museo de Historia Natural que dirigis? Habeis previsto el peligro para reducirlo ó disminuirlo; os exponiais en medio de los abusos para dominar los efectos destructores y como otro Arquimides en medio de estas terribles escenas proseguis sin embargo vuestros estudios con firmeza. Redoblando vuestro ardor sosteniais entónces con verdadera abnegacion, por medio de importantes comunicaciones, el interes de vuestras sesiones. Cómo olvidar tampoco la firmeza de alma que manifestasteis durante el segundo sitio de Paris, cuando todos los peligros amenazaban á la vez vuestra persona y esos preciosos establecimientos que habeis salvado de la ruina por vuestra actividad.

“Vuestros colegas hubieran esperado el quincuagesimo aniversario de vuestra entrada á la Academia, para dirigiros sus felicitaciones, si hubieran obedecido á la costumbre: han creido que una excepcion es permitida en este caso, atendiendo á los grandes servicios que habeis hecho á vuestro pais y á la ciencia.

“No han tenido tampoco necesidad de acordarse de que desde 1816, habriais pertenecido á la Academia, si no hubieseis entónces rehusado noblemente el entrar á ella, creyendo que el lugar vacante pertenecia á Proust vuestro compatriota; entónces agraciado y enfermo, quien no viviera en Paris, no hubiera sido considerado como elegible, sin vuestra intencion energicamente generosa.

“Diez años más tarde le sucediais.

“El Jardin de Plantas, la Manufactura de Gobefinos, el Jurado de consulta de artes y manufacturas, la Sociedad Central de Agricultura, han tenido constantemente ocasion de apreciar como la Academia de Ciencias, vuestra fidelidad á todos los deberes, vuestra elevada razon, vuestros sentimientos de justicia y vuestra benevolencia. La Escuela Politécnica no ha olvidado tampoco que habeis figurado en el número de sus examinadores generales.

“Los votos de esta numerosa familia intelectual que os reclama por tantos titulos, se reunan á los nuestros. Que podis gozar todavia por largo tiempo de estas raras facultades que la edad aun no ha tocado y representar entre nosotros y entre vuestros demas colegas, la feliz personificacion de un noble carácter, de un corazon recto unido á la ciencia más alta y al patriotismo más puro.”

(Continuará.)