

El día 16 persistían todos los fenómenos de la víspera, menos la secreción salivar, que había desaparecido casi enteramente. A las tres y media de la tarde matamos al animal. La herida estaba cicatrizada en su mayor parte y solamente la piel daba todavía algun pus de buena naturaleza. Abierto el canal raquidiano encontramos la aracnoides ligeramente inyectada. La medula conservaba su coloración normal, pero á su superficie adherían algunos copos purulentos. La aracnoides que cubre á la protuberancia anular estaba sumamente inyectada y cubierta de copos purulentos. El ventrículo lateral derecho contenía un líquido turbio y en el izquierdo se encontraba verdadero pus. Los tálamos ópticos, los cuerpos estriados y la cara inferior del cuerpo calloso, ofrecían una inyección punteada mas marcada en el lado izquierdo que en el derecho. La rigidez cadavérica apareció primero en el lado derecho; de manera que á las ocho de la noche estaba ya muy marcada en este lado, mientras que en el izquierdo apenas se iniciaba. El día 17 existía ya la rigidez en los dos lados, pero todavía se marcaba mas del lado derecho. El día 18 era ya casi igual en uno y otro lado.

Si insisto en todos estos detalles de observación, es porque, como veremos mas tarde, necesitamos recurrir á ellos para la explicación de algunos fenómenos relativos á la repartición del calor en el animal.

He aquí la tabla (núm. 1) que hace conocer el resultado de las diversas observaciones termométricas hechas antes y despues de la operación. Antes de pasar adelante debo decir, que el termómetro que usaba, era un termómetro de escala arbitraria, pero bastante sensible para poder apreciar hasta décimos de grado.

[Continuad.]

CLÍNICA MÉDICA.

Lesión orgánica de los centros circulatorios y del hígado.

SEÑORES:

Vengo á presentar á la Sociedad una pieza anatómica que pertenecía á un infeliz anciano, que en los primeros días de Julio del presente año, solicitó en el Hospital de San Andrés la curación de los males que le hacía sufrir, y que por fin pusieron término á sus días. Ocupaba la cama núm. 41 del departamento que tengo á mi cargo: se llamaba Juan Ariza y nació en el pueblo de

Texcoco al terminar el siglo próximo pasado: era viudo y de oficio zapatero. En su infancia, á la edad de diez años, tuvo un tabardillo que produjo algunas manchas en sus ojos, las que desaparecieron al terminarse aquella enfermedad; y hará cosa de veinte años, interrumpian su sueño algunos dolores en los huesos, sobrevenidos despues de haber tenido un incordio, que le duró seis meses y que solo pudieron curar las uncciones mercuriales. En las conjuntivas se veia la señal característica del vicio que le habia dominado desde muy jóven; manchas muy morenas y rojizas empañaban su superficie, especialmente en el ángulo interno del ojo: toda esta membrana estaba espesada, era el sitio de un terigion que avanzaba sobre la córnea, la que por otra parte habia perdido su brillo natural y se encontraba rodeada de ese círculo senil que debilita el brillo que tanto anima la mirada de la juventud. Su constitucion estaba deteriorada: decia que llevaba cinco años de padecer alguna fatiga que habia aumentado considerablemente de un mes atras cuando andaba ó subia una escalera; y desde entónces notaba que se le habia desarrollado en el lado derecho del cuello, una cuerda que latia lo mismo que el corazon.

Quando yo lo recibí en mi departamento, la dispnea era muy notable, no podia entregarse á ningun ejercicio, el decúbito dorsal le era muy molesto, solo podia acostarse con alguna menor incomodidad sobre su costado derecho; su fisonomía espresaba el sufrimiento de un mal grave. La piel en general estaba pálida, y alrededor de los lábios y en el pabellón del aparato auditivo estaba algo amoratada. Se quejaba de vértigos, de mucha debilidad y de alguna tos, cuyos accesos solo espulsaban algunos esputos mas bien salivares que mucosos, blancos y perfectamente limpios. La respiracion se hacia normalmente, solo era interrumpida de vez en cuando su murmullo natural, por uno que otro estertor silbante. Mas en la region precordial, la percusion daba, con un sonido macizo, una área de cuatro pulgadas en la direccion perpendicular y casi de seis en la transversal. Poco abajo y ligeramente adentro de la tetilla izquierda, el oído percibia un soplo suave y algo oscuro que se estendia mas del mismo lado; no era necesario llegar con el estetoscopio hasta el esternon para que dejara de oirse: era tambien perceptible siguiendo una línea tirada desde el punto de su máximum hasta cerca de la segunda pieza del esternon: reemplazaba el primer ruido y algo se prolongaba durante el silencio que sigue.

En los puntos en que no se percibia, los ruidos eran débiles, pero bastante claros. No habia ruido auriculometálico; el corazon parecia mas bien producir un impulso que una percusion verdadera; no tenia como es comun en estas circunstancias fuerza suficiente para levantar la cabeza del que auscultaba. Mas bien la pulsacion se hacia sentir sobre la primera pieza del esternon y del lado derecho del cuello.

En esta region fácil era descubrir solo con la vista, la arteria carótida primitiva: formaba un ángulo que comenzaba debajo de la estremidad inferior del músculo cleido mastoideo, venia á tocar con su vértice el lado esterno del trián-

gulo supra clavicular, y volviendo bruscamente á su sitio normal, se dividia cerca del cráneo para constituir las carótidas interna y esterna; habia aumentado á tal grado su volúmen, que el dedo índice de la mano de un adulto, hubiera podido introducirse sin mucha dificultad; se sentian sus paredes espesadas y duras, pero todavía elásticas: sus pulsaciones no solo eran perceptibles al tacto, sino á la vista menos péspicaz.

El pulso de las arterias del miembro izquierdo, no presentaban cosa que llamara la atencion, pero las del lado derecho, todas se encontraban mas gruesas y resistentes: y la radial daba vuelta al hueso esterno del antebrazo como á dos pulgadas arriba de su apófisis estiloides. Latian con alguna irregularidad y con poca fuerza: daban desde noventa y dos, hasta ciento cuatro pulsaciones por minuto.

En los párpados, en las mejillas y en los miembros inferiores, especialmente en los piés, los edemas aumentaban el volúmen de estas partes; pero en el vientre solo se percibia algun líquido hasta la altura de la cicatriz umbilical, sin restirar demasiado sus paredes.

El hígado sobrepasaba dos dedos el reborde costal; no habia basca; el apetito no se habia perdido completamente; mas la sed era imperiosa, y de algunos dias atras, el enfermo hacia tres ó cuatro evacuaciones líquidas, amarillentas, mas sin cólicos, ni otra molestia, que cierto quebrantamiento en las fuerzas.

Reconocida la orina por el ácido nítrico, como tengo cóstumbre de hacerlo cuando hay edemas, se formó un precipitado abundantísimo de copos de albumina.

En vista de este conjunto de síntomas, natural era que mi atencion se fijara en los dos aparatos que la reclamaban. La área estensa de sonido macizo descubierta en la region precordial, el sopro que sustituia uno de los ruidos del corazon, la impulsión que aunque moderada, producian los movimientos de este órgano, la dipsnea, la poca tos que habia, los vértigos y la impulsión y aumento de volúmen de los mas gruesos troncos arteriales, no dejaban duda respecto del desórden que habia en los órganos de la circulacion. Eran la espresion de la enfermedad orgánica desarrollada en el corazon y en las arterias que nacen del tronco braquio-cefálico. Parte de los trastornos estaban á la vista: se podian palpar y ver la resistencia y espesamiento de la carótida y de las arterias del miembro superior derecho; así como la dilatacion y pulsaciones de los vasos. La auscultacion revelando una impulsión insólita sin ruido anormal, detras de las primeras piezas del esternon aun cuando la percusion no diera un sonido oscuro en el mismo punto, hacia presumir que el aneurisma del árbol arterial comenzaba desde su tronco, y aun desde la fuente de donde nace: se podia suponer sin temeridad, que la lesion afectaba el tronco braquio cefálico, la aorta ascendente, el callado de este vaso y aun las cavidades izquierdas del mismo corazon. La debilidad de la impulsión de este órgano, sus ruidos claros y débiles autorizaban este modo de ver. La circunstancia de haber un sopro en el

primer tiempo y de tener su máximo abajo de la tetilla, eran dos datos que juzgando por la topografía normal de la region y por el mecanismo conocido del órgano, podían inducir á la suposición bastante fundada de que se trataba de la insuficiencia de una de las dos válvulas aurículo-ventriculares; pero si por una parte tal era el sitio y orden en que se producían estos fenómenos, también había que tener en cuenta, que la área del sonido macizo había crecido, porque el corazón aumentando de volumen, se había desalojado al grado, de no poder percutir las paredes del thorax; y porque su punta venía á chocar contra el esternon mas bien en una parte mas alta que aquella que toca en el estado fisiológico, y fuera del quinto espacio intercostal: se podía suponer por tanto, que el corazón desalojándose había tomado una posición horizontal, quedando su base bajo la tetilla y su punta detras del esternon: los ruidos de consiguiente correspondientes á los orificios arteriales, debían producirse á izquierda y aun mas abajo de la tetilla, principalmente el del orificio aórtico que en la posición supuesta debía de ser el mas inferior. El ruido anormal por otra parte, era muy limitado y se extendía mas á la izquierda, y segun el trayecto conocido de la aorta y no hacía la base del pecho como sucede en las alteraciones de las válvulas aurículo-ventriculares: luego el soplo se producía en el orificio aórtico y efectuándose en el primer tiempo, acusaba un estrechamiento de este orificio. Era suave en mi concepto, por la misma razón que eran claros y débiles los ruidos de los otros orificios, porque había como queda dicho, una dilatación de las mismas cavidades del corazón. El eco del sonido producido en estas circunstancias, es preciso que tenga cierto grado de claridad, pero á la vez debe ser poco intenso. También podía explicarse el fenómeno, admitiendo que el estrechamiento lo produjera una simple transformación fibrosa de las válvulas.

Así es, que mi diagnóstico quedaba formulado en los términos siguientes:— Hay una afección orgánica del corazón, que se estiende al cayado de la aorta, al tronco braquico cefálico y á las arterias que se desprenden de este vaso. Consiste en el aneurisma de estos órganos, y además, el orificio aórtico está estrechado á consecuencia de una alteración fibrosa.

Hay también un endurecimiento crónico del hígado; efecto del detestable hábito de los alcohólicos, y del mismo trastorno de la circulación, y que la revela claramente la percusión y el tacto.

¿Pero la albumina encontrada en la orina, y la serosidad depositada en el tejido celular y en el peritoneo, reconocían otra causa, ó dependían del mismo trastorno del aparato circulatorio?

Son dos síntomas que en otras circunstancias, solo por sí solos indicarían la clase de enfermedad que los producían; pero que en el caso presente, pierden algo de su valor, puesto que la afección orgánica del aparato circulatorio debía producir necesariamente el segundo; y que no es extraño que en alguna vez se vea aparecer la albumina en la orina, solo bajo la influencia de afecciones del mismo género. Sin embargo, el precipitado era tan abundante, y fué tan cons-

tante, que naturalmente era de admitir que fuera la expresión del padecimiento de los riñones descrita por Brithmas, bien que el resultado ó un epifenómeno del trastorno de la circulación.

Era una de las complicaciones mas graves que podian presentarse: no necesitaba de la otra enfermedad para que fuera el pronóstico fatal. Y los dos, introduciendo los desórdenes mas graves en las funciones de nutricion, era preciso que sucediera lo que pasó con este enfermo. El desgraciado Juan Ariza apenas tuvo uno que otro dia de alivio. Cuando disminuían sus edemas, y la congoja que le causaba el no poder respirar, pudo entregarse á algunas horas de reposo, tomando una posicion menos molesta para poder disfrutar de un sueño reparador.

Mas la calma lo abandonaba muy pronto; y llegó el dia en que ya no siendo posible, que ni la hematósis, ni la absorcion pudieran verificarse, el enfermo acabó de perder las fuerzas que le quedaban, y murió luchando por aprovechar el oxígeno del aire, que inútilmente procuraba introducir en sus pulmones. La muerte se verificó en la noche, á los dos meses de haber entrado al hospital.

Por una fatalidad, en la mañana en que se verificó la autopsia, no asistí al hospital. El practicante del departamento, sabiendo el interes que tenia por hacerla, y deseoso de ver confirmado el diagnóstico establecido, fué el que la verificó, y tuvo el cuidado de guardarme sin tocarla, la pieza que tengo el honor de presentar. Mas olvidó desgraciadamente hacer lo mismo con los riñones y con alguna de las arterias que faltan, y que hubiera sido muy importante tener á la vista, supuestas las observaciones anteriores.

El corazón, como se vé, tiene un volúmen muy crecido, respecto de su tipo normal: tiene 0.12^m desde la base hasta su punta, sus paredes son muy gruesas; la del ventrículo izquierdo, que en su estado fisiológico tienen en su parte mas ancha cosa de 0.01^m, se presenta con un espesor de 0.019^{mm}, y lo mismo sucede con las paredes del derecho: en vez de 0.002^{mm} tiene 0.005^{mm}. No obstante, sus cavidades no están estrechas, las dos ciertamente se encuentran dilatadas, y lo mismo sucede con las auriculares, pero sin producir tampoco insuficiencia en las válvulas: éstas parece que cierran completamente los orificios, y en lo general todas ellas tienen sus caracteres habituales: los mismos orificios, puede decirse, que no discrepan mucho de su estension normal: el orificio aórtico tiene 0.07^m, el de la arteria pulmonar 0.072^{mm}, el que guarnece la válvula mitral no pasa de 0.10^m; y el que da paso á la sangre que viene de la aurícula derecha, ofrece una circunferencia igual á 0.12^m: pero las válvulas sigmoideas del orificio aórtico, no tienen su transparencia habitual, y están algo espesadas, aunque sin haber sufrido la trasformacion fibrosa. Cerca de una de ellas, sobre las paredes mismas de la aorta, es adonde comienzan las alteraciones producidas por una verdadera trasformacion: allí es adonde se ven dos placas duras y huesosas, una muy pequeña y otra del tamaño de una moneda de cinco centavos; pero no redonda, sino cuadrada: y desde allí comienza á dis-

tinguirse una gran cantidad de placas de diferentes tamaños, formadas por la deposición de una sustancia amarillenta, que hacen muy áspera y escabrosa la superficie interna de las porciones ascendente y descendente de la aorta, así como de su collado, y tambien contribuyen á espesarlas notoriamente. Algunas se encuentran cubiertas por la membrana interna de la arteria; pero el mayor número son desnudas, ásperas y generalmente muy gruesas. En una que otra puede verse repetida la misma alteracion huesosa, y sobre las paredes del tronco braquio-cefálico, en el principio de la subclavia y carótida primitiva, se encontraban las mismas alteraciones: pero estas arterias mas bien se hacen notar, por el espesamiento de sus membranas y la dilatacion de su calibre: la carótida primitiva es ciertamente del diámetro que tiene habitualmente el tronco braquio-cefálico; y éste aumentado en mas del duplo, principalmente donde afecta la forma de un huevo hácia su base. La carótida primitiva no sigue tampoco un trayecto rectilíneo, se encorva formando un ángulo muy marcado en la posicion que ya se habia observado durante la vida. Mas adonde la dilatacion de los vasos estaba mas adelantada, era en la aorta; las porciones ascendente y descendente, sin cambiar su forma cilíndrica, han aumentado sensiblemente su diámetro, y el cayado, tomando la figura fusiforme, es la parte que mas se ha dilatado, y adonde se encuentra tambien un cuáguilo fibrinoso, libre, sin alteracion alguna, y que casi obstruye su calibre.

Por lo que se vé, que la parte del diagnóstico que consistia en admitir una dilatacion de las cavidades del corazon, y de los gruesos vasos del cuello, y del miembro superior derecho, así como el que en el orificio aórtico estaba la causa del soplo percibido en la region precordial, queda confirmada con el resultado de la autopsia; porque si bien es cierto que el espesamiento de las válvulas tal vez no era suficiente para producir un soplo por estrechamiento del orificio que guarnecen, las placas huesosas que estaban cerca de ellas, impidiendo su completa aplicacion sobre las paredes, porque se adelantaban en el seno que forman al abrirse, ó realzando mas el borde del orificio, estrechaban hasta cierto punto su calibre, reforzando y cambiando de consiguiente el timbre del ruido que debia producirse.

Para mí era tan claro, que este era el mecanismo con que se producía el referido soplo, que creo, que si las placas huesosas se hubieran formado mas cerca del orificio para poder fijar y levantar la base de una de las válvulas, dejando su estremidad libre y sin punto de apoyo, ésta, fluctuando en medio de la corriente líquida, hubiera reforzado el soplo, produciendo un ruido parecido al que en otros casos ya he tenido ocasion de observar, cuando soldadas las válvulas por su base ha quedado la cúspide de alguna de ellas completamente suelta. Batida entonces por la onda sanguínea, produce un ruido como el de la vela de un barco que recibe los embates del viento.

La topografia encontrada en el corazon, confirmaba el mismo modo de ver:

Fig. 1^a

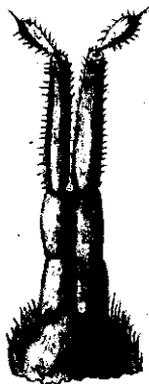


CANTHARIS NIETLI
Gachupin peru.

Fig. 2^a



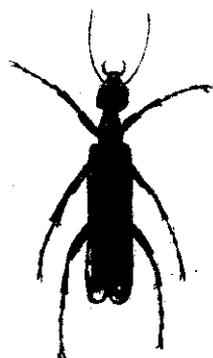
3.



4.



CANTHARIS DIVIRGATA.



- 1. Macho.
- 2. Hembra.
- 3. Organos genitales esternos de la hembra.
- 4. Id. del macho.

atrás y abajo de la tetilla estaba el orificio aórtico: se veía el corazón, con su base hacia la izquierda y su punta del lado del esternon.

Más queda por investigar la causa que influyó en que se nos escapara la hipertrofia del corazón. Para esto es necesario recordar algunas circunstancias importantes del caso. Preocupado ya el ánimo con haber encontrado en la dilatación de las cavidades de este órgano el aumento del espacio á que se estiende la área de la región precordial, y no habiendo el ruido aurículo-metálico, ni la fuerte impulsión que se observa en los casos de hipertrofia, natural era que careciera el diagnóstico de esta parte complementaria.

Por una fortuna es uno de los elementos del diagnóstico que en el hecho que refiero no puede rivalizar, por su importancia, con esa dilatación enorme encontrada á la vez en el corazón y en varios de los principales vasos: porque si acaso, como yo no sé, se registran en los anales de la ciencia, otros hechos semejantes, deben ser muy pocos.

LAURO M. JIMENEZ.

TERAPÉUTICA.

APUNTES PARA LA MONOGRAFIA DE LOS INSECTOS VESICANTES INDIGENAS.

(CONTINUA.)

Sinonimia: Gachupin, prov.; *Cantharis Nieti*: Villada y Peñafiel.*

Historia.—Hemos encontrado este curioso insecto en el interior de las minas de Arévalo, y el Cuervo en el Mineral del Chico. Es difícil explicarse su origen; pues mientras que los traquéidos viven en la luz y sobre las flores, este insecto tiene siempre una vida subterránea en la oscuridad y la madera podrida. Tal vez sus larvas ó sus huevecillos han sido trasportados en la madera de que se hace uso en las minas, en donde ha concluido por aclimatarse; y por ser un compañero molesto de los trabajadores. Ellos mismos nos han informado, y nosotros lo hemos confirmado también, que estos insectos se alimentan con el sebo de las velas y huyen de la luz; pues cuando accidentalmente se encuentran en ella, buscan siempre un lugar oscuro en que ocultarse: esta circunstancia y no haberlos encontrado fuera de las minas indicadas, nos hacen creer que son insectos nocturnos.

Caracteres zoológicos.—Es un insecto de quince milímetros de longitud y cuatro de ancho; de movimientos vivos y vuelo rápido; de color de oro y ojos negros realzados sobre el color claro de su cabeza. Antenas filiformes, de diez milímetros de longitud, de artejos casi cilíndricos, con el segundo y el último más cortos que los demás. Cabeza cordiforme, sin la inclinación que se observa en los insectos de su género: labio superior arredondado, con una ligera depresión en su borde: mandíbulas falciformes y guarnecidas de finísimos dientes en

* La descripción de estas dos especies es debida á los Sres. Villada y Peñafiel.