

el sistema que reemplazaria al antiguo aun está en via de estudio, que contradicho por muchos, necesita presentarse á todos con la evidencia de la verdad. Adoptar lo segundo seria aumentar el gasto de un tesoro escaso, y esto sin grande utilidad.

Todos estamos pendientes de los ensayos que en otros paises se están haciendo con la vacuna animal: los resultados serán allá mas violentos y palpables, puesto que para ello cuentan con todos los elementos necesarios. Lo que nosotros podremos hacer será insignificante, pero no obstante, debemos contribuir con nuestro grano de arena á levantar el edificio de la ciencia, pero que esto sea en lo particular y sin gravar notablemente al erario público.

Esto por lo que toca á plantear experimentalmente la vacuna animal; pero si la cuestion se supone resuelta y se quiere plantear esclusivamente, diré, nó lo está, y mientras haya lugar á dudas, me opondré á ello con mis débiles fuerzas.

Encargado con otros apreciables compañeros del ramo de vacuna en el Ayuntamiento, y sabiendo que la cuestion podía llevarse ante esa corporacion, he creido un deber mio esponer antes á esta Sociedad, á que me honro de pertenecer, las razones que he tenido para dudar hasta hoy de los beneficios y utilidad de la vacuna animal. Antes que la cuestion fuese llevada ante una corporacion incompetente en materia de ciencias, he creido un deber mio implorar las luces de esta Sociedad, para que, oídas mis razones y discutidas, si lo tiene á bien, me confirme en la duda ó me saque de ella, para poder luego obrar en otro lugar segun la conviccion que de aquí haya sacado.

Esta última esplicacion me disculpará, si, impertinente, he venido á fatigar vuestra atencion.

Julio 8 de 1863.

A. ANDRADE.

PATOLOGIA.

Obliteracion de las venas yugulares, como complicacion de las afecciones cardiacas.

La circunstancia de no conocer observaciones sobre las obliteraciones de las venas, como complicacion de las afecciones orgánicas del corazon, con los caracteres que presentan los dos hechos que voy á referir, me impulsan á publicarlos, para que si existen otros iguales ó semejantes, se pueda conocer en sus pormenores la historia de esta terrible complicacion.

Estos dos hechos los he recogido en el servicio de mi distinguido maestro y amigo el Sr. Jimenez (D. Miguel).

Observacion I. El 24 de Mayo de 1866 entró al hospital de San Andrés, al servicio del Sr. Jimenez, un niño de doce años, el cual— segun refiere—padeció hace un año de un reumatismo articular agudo. Hace ocho dias que principió á sentir en la region epigástrica un dolor agudo; dolor que por varios dias se acompañó de vómitos y diarrea, persistiendo, aun hoy dia, aunque con menos intensidad. Al mismo tiempo habia tos, y arrojaba, por el esfuerzo que la acompañaba, sangre, aunque no en cantidad considerable, de color

rojizo. Para dormir tiene que permanecer sentado, apoyando la cabeza sobre un mueble cualquiera.

El día de su entrada se observó lo siguiente:

El aspecto exterior revela menos edad de la que indica el enfermo, lo que puede depender de que por su constitucion no está bien desarrollado: su color es bastante pálido. El enfermo está sentado, y llama luego la atencion la fatiga tan grande de la respiracion, la cual es frecuente, entre cortada, acompañada de la dilatacion exagerada de las alas de la nariz, presentando, en fin, el aspecto de un individuo que tiene una pleuresia diafragmática. Nada particular se encuentra por el exámen de los órganos respiratorios, si no es aquella fatiga y la tos frecuente y tenaz.

La region precordial no presenta deformacion alguna; se ve el sacudimiento que imprime el corazon á la pared torácica: aplicada la mano, se siente el vigor y energía de los movimientos del órgano y el estremecimiento vibratorio. Al nivel del segundo espacio intercostal, á izquierda del borde esternal y adentro de la línea de prolongacion vertical de la tetilla, se siente una pulsacion, á la vez que la punta del corazon pulsa afuera de la tetilla en el quinto espacio intercostal: estos dos puntos corresponden por lo mismo á los extremos de una línea oblicua, dirigida de arriba hácia abajo y de dentro hácia afuera.

La percusion da un sonido ligeramente oscuro en la parte superior del esternon y no muy estenso; el sonido es mate á partir del segundo espacio intercostal hasta cerca del sexto, midiendo aproximativamente poco mas de 0,08, y transversalmente algo mas de 0,06, partiendo de un poco afuera de la tetilla.

La auscultacion revela una grande agitacion en los movimientos del órgano central de la circulacion, los cuales son frecuentes y enérgicos, pero no es posible analizar con certidumbre los ruidos, distinguiéndose solamente un soplo bastante intenso á la altura del segundo espacio intercostal, donde existe la pulsacion antes indicada.

En el cuello se nota la pulsacion carotidea muy exagerada, produciendo un movimiento vibratorio en aquella region.

Hay una ligera infiltracion serosa de la cara y de los miembros inferiores. En los demas aparatos no se encuentra cosa particular que señalar.

Se administra el sulfato de quinina, aplicando á la vez un vejigatorio á la region precordial. La fatiga y la ansiedad no se mejoraban en los días posteriores, y presentando el mal un cierto carácter de agudeza, se practicó una sangría general. Estos medios producen al cabo de unos dias una calma notable.

Junio 1.^o El enfermo puede acostarse tranquilamente y dormir; la tos ha desaparecido casi del todo y el edema es poco pronunciado; el dolor de la region precordial ha desaparecido.

La palpacion reconoce un estremecimiento vibratorio mas intenso en la region precordial hácia la base del corazon: hay un soplo al nivel del tercer espacio intercostal que oculta los dos ruidos normales y que se prolonga hasta el cuello. En el cuarto espacio, bastante afuera de la tetilla, hay un soplo mucho mas intenso que cubre los dos ruidos fisiológicos.

El pulso es bastante lleno.

Junio 11. No hay tos ni fatiga: mucha palpitacion. La punta pulsa fuertemente, y el estremecimiento vibratorio en este lugar es muy exagerado; el ruido de soplo es intenso.

Edema considerable de los miembros inferiores; dolor en el trayecto de los vasos; ascitis ligera; abultamiento del hígado, el cual está doloroso á la presion.

Junio 20. El enfermo se ha agravado en algunos dias; el edema se ha generalizado, constituyendo ahora una anasarca, de suerte que el cuerpo todo está muy abultado. La ansia bastante exagerada; el pulso, aunque lleno, es irregular, advirtiéndose lo mismo en los movimientos del corazon. Los ruidos de soplo en la base y la punta, persisten mas marcados en el primer tiempo, pero es casi indudable que el segundo se acompaña tambien de un ruido anormal, de suerte que la lesion es doble en ambos orificios del corazon izquierdo.

Junio 24. La infiltracion general y el derrame del vientre han aumentado; la ansia ha ido creciendo; el pulso y los movimientos del corazon irregulares.

Junio 27. El dia anterior principi6 á quejarse el enfermo de un dolor en el lado derecho del cuello; este dolor mas agudo hoy dia, y exagerándose á la presion aun ligera, induce al exámen, reconociéndose un cordón grueso, duro, doloroso á la presion, formado por la yugular esterna obliterada; el brazo derecho muy edematoso, está frio, escesivamente doloroso al menor contacto; circunstancias que impiden asegurarse del estado de los vasos, pero que indican su obliteracion, estendiéndose ésta quizá hasta la sub-cluvia.

Junio 29. El enfermo ha continuado agravándose; acostado hoy sobre el dorso, extraño á cuanto lo rodea, en una especie de estado comatoso, la respiracion ansiosa y quejándose continuamente; la piel fria y cubierta de sudor. Sucumbe á la una de la mañana del 30.

Observacion II. En los primeros dias del mes de Agosto de 1866, entraba en las salas del Sr. Jimenez (D. Miguel), un hombre de 50 años, de ejercicio albañil, quien entre sus antecedentes, solo refiere haber tenido hace seis meses fiebre intermitente, de la que curó en el mismo hospital. Poco tiempo despues de entregarse de nuevo á su trabajo, principi6 á sufrir de fatiga en la respiracion y de sofocacion que sobrevenia en los trabajos de su oficio, apareciendo despues el edema en los miembros inferiores. Hoy dia la infiltracion es general, existiendo á la vez un derrame en el peritoneo.

La ansia y el sentimiento de sofocacion es considerable; la tos tenaz y frecuente, acompañada de una expectoracion mucosa; fenómenos congestivos marcados por parte del aparato pulmonar.

La auscultacion del órgano central de la circulacion, permite reconocer un doble ruido, intenso y áspero, al nivel del tercer espacio intercostal, pero la agitacion del enfermo y sus movimientos continuos, hacen imposible un exámen mas detenido.

Despues de la administracion de varios purgantes, la puncion del vientre para evacuar el derrame que allí existia y el uso de algunos otros medicamentos, el enfermo continuó con alternativas en su salud.

Los movimientos del corazon, irregulares, frecuentes y exagerados en un principio, adquirieron alguna regularidad, pudiendo reconocerse entonces que el ruido de soplo cuyo máximo se encuentra hácia la base del corazon, ocupa todo el primer tiempo y aun se estiende hasta el segundo.

La infiltracion de los miembros inferiores ha desaparecido casi del todo, persistiendo en los miembros superiores y en la cara. La fatiga aumenta de dia en dia. En el cuello y á izquierda se ven dos cordones gruesos y duros formados por las venas yugulares obliteradas.

Los accidentes de sofocacion siguen aumentando, y el día 29 se reconoce un edema considerable y muy doloroso del miembro superior izquierdo; la temperatura de aquella parte es bastante baja y el edema un poco resistente. En los miembros inferiores no se había reproducido la infiltracion.

El enfermo sucumbió el día 31.

La autopsia descubre un edema estenso y considerable de los pulmones, los cuales conservan la impresion del dedo; congestion ligera hacia la base de aquellos órganos; derrame seroso poco considerable en la cavidad de las pleuras; mas abundantes en el pericardio. El corazon de un volumen notable, debido a la gran cantidad de sangre acumulada en sus cavidades, principalmente en las aurículas, pero verdaderamente no hay hipertrofia de las paredes del organo. El orificio auriculo-ventricular izquierdo es bastante amplio, pero no hay lesion valvular: el orificio aortico bastante estrechado; una de sus válvulas principalmente está espesada y dura, presentando una consistencia superior a la del cartilago: en las otras válvulas, entre su bordo libre y el adherente hay una zona de tejido bastante duro, y toda la periferia del orificio, tocando la base de las válvulas, está circunscrita por un tejido duro. Cerca del origen de la vena sub-clavia se encuentra un coágulo obliterante que se extiende a dicha vena en la direccion de la axilar y superiormente a la yugular, de suerte que, cual si estuviera inyectada, forma un cordon duro, poco menos grueso que el meñique: hacia la mitad del cuello se divide aquel cordon en dos ramos, yendo a perderse el que corresponde a la yugular esterna detras de la mandibula, punto hasta donde se siguió solamente. El coágulo que llenaba estas venas, era de color negruzco, consistente, sin adherencia a las paredes del vaso y sin que en ellas se notase lesion alguna.

Tal es la relacion de los dos hechos que mencioné, siendo verdaderamente sensible que la oposicion de los parientes impidiese practicar la autopsia en el primer caso. Al final de la observacion encuentro la siguiente nota que puse en aquella época: "Esta observacion es interesante bajo muchos puntos de vista; y es de sentir que la inspeccion del cadáver no permitiese confirmar la exactitud del diagnóstico formado. El carácter agudo y la marcha rápida del mal son dignos de llamar la atencion. Si bien al principio se reconocia una afeccion organica, no era fácil establecer las lesiones que existian: mas tarde se fué aclarando el hecho, y se diagnosticó una hipertrofia con doble lesion de los orificios del corazon izquierdo. Es muy notable, en fin, la obliteracion venosa; hecho raro y de no fácil explicacion."

Es inútil decir que en el segundo enfermo se diagnosticó un estrechamiento con insuficiencia del orificio aortico; diagnóstico que se encontró exacto.

Estos dos individuos tan distintos por la edad, presentan ciertas analogías en su enfermedad; siendo una de ellas la rapidez en la marcha, pues vamos a uno y otro sucumbir poco tiempo despues de su entrada al hospital: al mes y medio el uno y en poco menos de un mes el segundo. Se dirá quizá que el primero llevaba ya el germen de su muerte desde que sufrió el reumatismo hacia ya un año; y así podria ser, pero no es menos cierto que nada había revelado hasta entonces su existencia. El niño era inteligente y nos aseguró que hacia ocho dias solamente se había enfermado, según se refiere en la historia. El segundo enfermo había estado hacia algunos meses solamente en el hospital con una fiebre intermi-

tente, y aun despues de su salida, todavia pudo continuar en su dura y fatigante ocupacion de albañil; sintiéndose ya malo, entró al hospital para sucumbir en poco menos de un mes. Por muy antiguo que quiera suponerse el mal, es reciente y la muerte rápida, relativamente á la marcha comun y ordinaria de las afecciones orgánicas del corazon, razon por la que nosotros mismos buscamos en otra circunstancia la causa de esta muerte prematura. No admitimos en manera alguna que la enfermedad databa de ocho dias solamente en el primer enfermo, cuando se presentó el dolor epigástrico acompañado de vómitos, etc., pero la integridad de su salud hasta entonces, despues del reumatismo, manifesta como puede existir latente—por decirlo así—una lesion tan grave del corazon, y cuan instantáneamente puede venir á revelarse por una causa mas ó menos aparente: estas circunstancias deben hacer circunspecto al práctico, cuando se trata de apreciar el valor de ciertos signos, tomando en cuenta su manera de aparicion. Algunos se inclinan á suponer que esa aparicion—por decir así—instantánea, de ciertos signos, les quita una gran parte de su valor en el diagnóstico de las afecciones orgánicas, pero, lo repetimos, es preciso circunspeccion en estos casos; y si estos hechos no fueren bastantes, consúltese el excelente tratado de Stokes, donde se encuentran interesantes observaciones de individuos que, entregados á la villa y á los ejercicios mas activos, sin la mas ligera molestia, llevaban ya en su corazon la muerte, y en quienes los signos de la afeccion han aparecido repentinamente.

Pero el hecho que llama la atencion, dando á estas observaciones su interes capital, es la circunstancia de la obliteracion de las venas. Lamentamos aun otra vez la falta de autopsia en el primer caso, que tan importante habria sido, pero habiéndose revelado el accidente por los mismos fenómenos, nos creemos bastante autorizados para suponer que existian las mismas lesiones que en el segundo caso.

En ambos enfermos hemos encontrado el abultamiento adematoso de la cara, el dolor en el trayecto de los vasos y de los tejidos inmediatos; finalmente, el cordón duro formado por los vasos obliterados: estos fenómenos se han presentado primero en la región del cuello y posteriormente en el brazo: es digno de llamar la atencion el carácter del dolor; en la inmovilidad de la parte afectada, el individuo no se queja, el movimiento lo despierta agudo, pero la presion es la que pone de manifesto todo lo que tiene de esquisito, bastando el contacto que produce la aplicacion de la mano sobre la parte para que el enfermo se queje vivamente; no he visto dolor que se le pueda comparar por estos caracteres, sino el de la peritonitis aguda.

Al lado de estos fenómenos hay el no menos notable del enfriamiento tan grande que presentaba el miembro afectado: tenemos por lo tanto que, el abultamiento rápido y edematoso de una parte; el dolor con los caracteres que le hemos asignado, no solo en el trayecto de los vasos sino tambien en las masas musculares; el enfriamiento notable, y finalmente un cordón mas ó menos duro y voluminoso en el trayecto conocido de los vasos, nos indican una obliteracion que puede ser de importancia en el sistema venoso. Intencionalmente he dejado al fin uno de los signos mas importantes, y esto por la circunstancia de que la infiltracion edematosa, y sobre todo lo agudo y vivo del dolor, impide asegurarse á veces de la existencia de aquel signo: creo sin embargo que la existencia de los tres primeros serán bastantes en la mayoría de casos, para fijar el diagnóstico de tal accidente. Así es, que en el primer enfermo el aumento considerable del edema de un dia á otro, el dolor á la presion

en el trayecto de los vasos en el miembro inferior, me hacen sospechar que allí se efectuaba también una obliteración, á la vez que en el segundo, habiendo desaparecido bajo la influencia de la medicación el edema de aquellas partes, y no obstante la marcha tan grave y rápida del mal, aquel no volvió á reproducirse.

No puede dudarse de que en estos dos individuos sobrevino el mismo accidente, y con diferencia solo del sitio, en el uno á derecha y en el otro á izquierda, la obliteración ocupaba los mismos vasos, es decir, los yugulares, las venas sub-clavias y quizá su prolongación humeral: este hecho lo pudimos observar en el cadáver del segundo enfermo, y la identidad absoluta de signos en el primero, durante la vida, nos autoriza suficientemente para creer que la lesión anatómica era, si no igual, muy semejante, constituyendo su base la obliteración.

¿Cuál ha sido la causa de esta obliteración? No somos capaces de dar en este momento la solución del problema. No puede atribuirse á un coágulo supuesto que la obliteración se encuentra en el sistema venoso: un coágulo formado en la aurícula derecha, era mas natural que pasase al ventrículo y no que retrocediese para penetrar en las venas: formado el coágulo en el ventrículo la retrocesión era mas difícil, y mas bien debía ser arrastrado en el sistema pulmonar; sin embargo, no se han presentado signos que indicasen una obstrucción del sistema vascular de aquel órgano. Por otra parte, los primeros fenómenos que revelaban la obliteración, permiten suponer que aquella principiaba por las yugulares ó sus ramas de origen; así es, que el edema de la cara, el dolor del cuello, la obliteración del vaso, precedían á los mismos fenómenos en el brazo correspondiente: pudiera decirse hasta cierto punto que la obliteración marchaba de arriba hacia abajo. Estas cortas reflexiones nos hacen desear por ahora la idea de que se trate de un coágulo emanado del corazón.

Dependerá este accidente de una flebitis? Algunos encontrarán ó creerán ver allí una parte de los signos de aquella enfermedad. A mi modo de ver no es aquella la causa de la obliteración, porque no concibo una inflamación tan extensa del sistema venoso con los solos fenómenos que allí se manifiestan, y por otra parte, el examen mismo de las paredes de los vasos no ha descubierto que existiese allí ninguna lesión inflamatoria: esta sola circunstancia nos parecería bastante para rechazar la idea de que ha existido una flebitis obliterante; flebitis cuyo origen mismo no sería fácil encontrar.

Causa mecánica no encontramos tampoco á la cual pudiera atribuirse la compresión de los vasos y consecutivamente la coagulación de la sangre.

Por esclusión llegaríamos á suponer que se trata de una coagulación espontánea por un estado general, y correlativamente por alteración en la constitución de la sangre. Si bien esta idea parece ser favorable á la explicación del hecho, carecemos aun de elementos suficientes para darla como cierta, y esperamos á que nuevos estudios y otros hechos nos aclaren la parte oscura del problema.

¿Qué utilidad puede resultar para la práctica del conocimiento de este hecho? Para nosotros tiene una consecuencia muy importante, y consideramos la obliteración referida como un accidente muy grave. Vamos á explicarnos.

Se ve con frecuencia en la práctica la obliteración de las venas, ya como enfermedad, ya determinada como medio terapéutico; de lo primero tenemos ejemplo en la plegmasia alba-doleus; de lo segundo en el tratamiento de las varices por las inyecciones coagulantes; en

uno y otro caso, natural ó provocada, la obliteracion no tiene en general consecuencias graves. Pero si tomamos, por ejemplo, la obliteracion de los vasos pulmonares por un coágulo, entonces la muerte es rápida, lo cual quiere decir que el peligro y la gravedad de aquel accidente, depende principalmente de su sitio. Esta circunstancia es la que constituye, á nuestros ojos, la gravedad de la obliteracion de las yugulares y sub-clavias, que viene á complicar las afecciones orgánicas del corazon.

Dos hechos es bien poco, pero cuando presentan una semejanza tan grande, las consecuencias que se deducen adquieren un gran valor. En ambos casos la obliteracion existia en los mismos vasos, variando solo el lado afectado: en ambos casos, y es el hecho importante, á la obliteracion se ha seguido en pocos dias la muerte. Concebimos muy bien, en efecto, que la obliteracion de aquellos vasos introduce un gran trastorno en la circulacion ya alterada por la lesion cardiaca; trastorno que tiene su sitio en el sistema de la vena cava superior; obliteracion que compromete la circulacion del cerebro y que ocupa los vasos mas inmediatos al corazon. Tales son las circunstancias que hacen tan grave el accidente que nos ocupa, constituyendo un signo pronóstico de importancia para el práctico.

Si se reflexiona en la marcha que generalmente tienen las afecciones orgánicas del corazon, las que por lo comun dejan algunos años de vida á los individuos que las sufren; si se atiende á la existencia relativamente reciente del mal en estos individuos, no podrá desconocerse que la obliteracion de las venas ha precipitado considerablemente su triste muerte. Si por un accidente se llegasen á obliterar simultáneamente las venas de ambos lados, es muy de suponer que la muerte seria mas rápida, y quizá mas ó menos instantánea.

Habriamos deseado como final el poder indicar algunos medios para conjurar ó prevenir este terrible accidente: desgraciadamente no conocemos su verdadera causa ú origen, base en todas circunstancias de un tratamiento racional: hasta ahora, y por analogía, se han aplicado las fricciones mercuriales, pero el mal ha caminado con rapidez; el medio quizá era insuficiente, y por lo mismo casi todo está por hacer aun, y nos contentamos con señalar el hecho.

LINO RAMIREZ.

TERATOLOGÍA.

DIVISION CONGENITA DEL ESTERNON.

El mes de Junio de 1867 encontré en el hospital central de Sevilla un individuo de 75 años de edad, quien me dijo no haber sufrido de ninguna enfermedad notable durante su vida, y habiéndose ocupado en trabajos mas bien sedentarios. Este individuo presentaba un vicio de conformacion congénito bastante curioso.

Descubriendo el pecho se veia en toda la longitud del esternon un canal que lo dividia por el medio, canal irregular en sus bordes que eran convexos; superiormente donde tenia un ancho de cuatro centímetros, se prolongaba sobre la region traqueo laringea, estando formado allí por el borde interno de la porcion esternal del músculo esterno mastoideo de uno