

GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIODICO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la librería del Sr. D. José María Aguilar y Ortiz, 1ª calle de Sto. Domingo núm. 5, y en el despacho de la imprenta donde se publica esta Gaceta.

En los Departamentos, en la casa de los Sres. corresponsales de la librería de Aguilar y Ortiz. La suscripcion es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

SUMARIO.

Lesiones traumáticas de los huesos del cráneo, por el Sr. D. Manuel S. Soriano.—El laserpicio y la resina de thapsia, por el Sr. D. Juan María Rodriguez.—Dos observaciones de recepciones del hombro, por el Sr. D. José María B. Villagran.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

LESIONES TRAUMÁTICAS DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO.

OBSERVACION 1ª.—La pieza patológica que lleva la marca de 1ª, (1) pertenece á Francisco Becerra, cuya historia ha sido escrita por mi compañero y amigo el Sr. D. Francisco Montes de Oca, y publicada en el núm. 16 del tomo 5º de la «Gaceta,» correspondiente al 1º de Octubre del presente año. Descrita la observacion, como indica el Sr. Montes de Oca, á grandes trazos, en mi concepto no deja hueco que deba ser llenado; solo como su complemento, y obsequiando los deseos de su autor, paso á hacer la descripción de la pieza patológica correspondiente.

Se compone de la bóveda craniana, en la que se ha practicado el corte segun ha manifestado ya el Sr. Montes de Oca. Tres y medio centímetros á la izquierda de la línea media del frontal se encuentra una especie de surco, que partiendo desde ocho milímetros arriba de la seccion del hueso, se dirige oblicuamente hácia arriba, atras y afuera en una extension de seis centímetros, interesando casi la totalidad de su tabla externa. Hácia el lado derecho, afuera de la línea media-

(1) Las piezas á que se hace referencia, fueron presentadas á la Academia en la sesion del dia 14 del presente mes.

na y dos y medio centímetros arriba de la sección del hueso, se encuentran otros dos surcos de dos centímetros de extensión, interesando uno, el mas interno, superficialmente, la tabla externa, y prolongándose hácia abajo en *zig-zag*, en la extensión como de uno y medio centímetros. El mas externo, hácia su extremidad inferior interesa un poco mas la tabla externa. Estos van marcados con el núm. 1.

En la parte media de los dos surcos paralelos se encuentran unas depresiones irregulares en la extensión de dos centímetros: van marcadas con el núm. 2.

A dos centímetros de la sutura sagital, cerca del borde interno del parietal izquierdo, y á dos y medio centímetros de la sutura fronto-parietal, se encuentra una depresion como de un centímetro de diámetro, irregular: va marcada con el núm. 3.

La descripción de la perforacion del hueso y del instrumento vulnerante, la dividiremos en el órden que van enumerados. A la perforacion craneana podremos considerarla dividida en tres: orificio externo, canal y orificio interno.

I.—*Orificio externo.* (Núm. 4.)—Dirigido directamente hácia delante, irregularmente circular, de cinco á seis milímetros de diámetro, formado adentro y abajo por el hueso coronal, afuera y un poco arriba por una esquirla (núm. 5) que viene á formar una especie de lábio externo, separada del resto del frontal en sus dos tercios de extensión, y adherida por medio de cicatriz huesosa por un ángulo posterior.

II.—*Canal.*—De una extensión de nueve milímetros, ligeramente curvo, de concavidad externa, casi circular, formado hácia dentro, abajo, arriba y en un tercio de su lado externo por el frontal, y en sus dos tercios externos por la cara interna de la esquirla (núm. 5). No es bien perceptible la sustancia del diploe.

III.—*Orificio interno.* (Núm. 6.)—Afecta la forma de un triángulo isóceles, cuya base vertical está adelante y el vértice atras; mira directamente hácia este último punto, y no presenta otra cosa de particular, sino que en la base del triángulo la tabla interna del hueso está un poco levantada.

Instrumento vulnerante.—Mide treinta y tres milímetros de longitud; parece ser de fierro, cuadrangular en su base, terminando en punta hácia la otra extremidad, y esceptuando un centímetro en que los ángulos han desaparecido, en todo el resto de su extensión tiene cuatro caras, y curvo en todo su trayecto.

REFLEXIONES.—La explicacion mas satisfactoria que podemos encontrar de los surcos que hemos descrito bajo los números 1, es que hayan sido producidos por vasos arteriales que con sus frecuentes pulsaciones hayan gastado la tabla externa del hueso: si esta explicacion no satisface, ¿á qué otra causa podrian atribuirse? No á cisuras hechas por instrumento vulnerante, porque éstas para ser producidas habrian necesitado la herida de las partes blandas, y el individuo no llevaba cicatriz en la piel.

Las depresiones marcadas con los números 2 y 3 las señalamos simplemente, sin dar la causa de su origen, porque no encontramos una explicacion satisfactoria, diciendo lo que de las anteriores: que si se hubiera tratado de una lesion patológica del tejido huesoso, se habrian encontrado en aquel las lesiones correspondientes á una de las terminaciones mas frecuentes de ciertos tejidos, la *supuracion*; y repito, no habia cicatrices en la piel que indicasen la salida del pus.

Hemos tocado ligeramente estas lesiones que podemos juzgar como accesorias: pasemos ahora á la que forma el objeto principal de nuestro estudio, que es la perforacion de la bóveda craniana.

Como hemos dicho en la descripcion, hácia la parte externa y superior del orificio externo se encuentra una esquirla (núm. 5), que desprendida casi en su totalidad se halla adherida en una parte de su extension, la parte posterior, con el resto del hueso. ¿Por qué está desprendida esta esquirla? La explicacion es fácil: el instrumento vulnerante ha venido á herir al hueso oblicuamente de dentro afuera, y encontrando en la parte externa menos resistencia, la tabla del hueso, la desprendió. La direccion del canal se explica fácilmente vista la curvatura del instrumento vulnerante: la triangulacion del orificio interno, se explica tambien por las aristas del mismo instrumento.

En la sesion de la Academia en que dió cuenta el Sr. Montes de Oca con la observacion y fué presentada esta pieza patológica, el Sr. D. Miguel Jimenez propuso la siguiente cuestion: ¿El instrumento vulnerante ha sido introducido con su punta hácia dentro ó hácia fuera del plano mediano? En el primer caso, teniendo en cuenta la curvatura del instrumento, ha debido herir no solamente las meninges, sino tambien acaso la misma pulpa cerebral; en el segundo, tal vez hayan sido interesadas solamente las cubiertas de la masa encefálica. Despues de discutir este punto interesante, se concluyó, que colocando el instrumento vulnerante de la manera como mejor se adapta al canal y orificios, la punta debe haber estado dirigida afuera, quedando la concavidad del instrumento hácia este lado, y la convexidad hácia la masa encefálica.

OBSERVACION 2ª—Ricardo Hernandez, de Guanajuato, de treinta y dos años de edad, soltero, de oficio zapatero, fué soldado de la tercera compañía del regimiento de San Luis, hoy núm. 8 de caballería: entró á curarse al núm. 16 de la seccion de cirugía, que es á mi cargo en el hospital militar de San Lúcas, el 27 de Setiembre de 1869.

Al siguiente dia (28), cuando por primera vez le ví al practicar mi visita, lo encontré acostado sobre el lado derecho, cubierta su herida por una curacion simple; contestaba bien á todas las preguntas que se le dirigian, é interrogándole para formar el conmemorativo, supe que no habia padecido enfermedad notable y dig-

na de llamar la atencion; que hacia cosa de dos años que era soldado: informándome del origen de su padecimiento, me contestó: que viniendo de Cuernavaca, á donde habia ido pocos dias antes escoltando una conducta, atravesaban el Ajusco, donde la vispera habia llovido mucho; que por esta razon, encontrándose el piso lleno de lodo, se les habia mandado echar pié á tierra y conducir los caballos de la brida; que él llevaba el suyo detras de otros varios; que se agachó para tomar algo del suelo, y, en esta posicion, el caballo que iba delante le pegó una patada en la frente; que él cayó, mas no perdió el conocimiento; le levantaron y pusieron en su caballo, vendándole la cabeza con un pañuelo para contener la sangre que le escurria de la herida, no pudiendo curarlo, porque carecian de elementos y porque marchaban de noche; que en este estado y de esta manera fué conducido hasta Tlalpam, desde cuyo punto vino en el tren del ferro-carril de esa línea hasta México, llevándolo inmediatamente al hospital: en todo el camino vino perfectamente bien; solo bebió de vez en cuando agua, por la sed que tenia; á veces se desvanecia, pero esto se explica por la sangre que habia perdido; no habia tomado mas alimento que atole.

Como he dicho antes, estaba acostado sobre el lado derecho, tranquilo, fumando un cigarro, la cara tenia la coloracion natural; á primera vista no se descubria padecimiento alguno; no habia tenido calosfrio; su pulso latia ochenta veces por minuto; su respiracion no era acelerada; la lengua estaba limpia, húmeda y con su coloracion natural; las digestiones eran buenas; tenia poco apetito; habia evacuado el día anterior; los demas órganos funcionaban fisiológicamente. La sensibilidad general estaba intacta, lo mismo que el movimiento; hice levantar al enfermo y observé que podia andar. Su inteligencia estaba despejada; respondia bien y en órden á todo lo que se le preguntaba. Los antecedentes que he enumerado fueron dados por él mismo.

Pasé en seguida á descubrir la herida, y habiendo quitado las primeras vueltas de la venda encontré que la compresa estaba poco empapada en un líquido serosanguinolento; quitado el apósito me encontré con que estaba cubierta en parte por un colgajo de la piel, anguloso de vértice inferior, y la herida afectaba una forma semicircular de concavidad superior, de cuatro centímetros de extension, interesando todo el espesor de los tejidos hasta el hueso y situada directamente sobre la ceja derecha. Levantando el colgajo que estaba formado por todos los tejidos blandos, se descubria una lesion traumática irregularmente oval, cuyo mayor diámetro era transversal, de cerca de seis centímetros de extension; $\frac{7}{8}$ el menor, vertical, de tres; los bordes estaban formados por todos los tejidos blandos dilacerados y por el hueso mismo, fracturado conminutivamente en toda su extension, y cuyos bordes tenian multitud de esquirlas, unas desprendidas, otras medio adherentes; en el fondo se veian las membranas de la cubierta encefálica medio des-

garradas y á través de ellas la misma sustancia cerebral, comunicándole sus movimientos de elevacion y abatimiento, casi isócronos con las pulsaciones arteriales.

El practicante de guardia habia extraído la víspera unas cinco esquirlas, las de mayor dimension que se encontraban superficialmente depositadas en la herida, y las cuales me fueron entregadas. Continué ese dia extrayendo todas las mas que pude, encontrando algunas enteramente implantadas en la misma sustancia cerebral. Lavé bien la herida y puse un mollar de hillas untado con glicerina neutra, sujetando el apósito con un vendaje apropiado: se le prescribió como alimento té con leche.

Continuó en este bajo, usando el mismo tratamiento y sin presentar nada notable, los dias 28, 29 y 30 de Setiembre y del 1º al 8 de Octubre; es decir, once dias: durante este tiempo, la mayor parte de las curaciones fueron hechas por mí; en las mas de ellas extraia esquirlas; la supuracion era poca; los botones carnosos empezaban á aparecer al derredor de la herida, y el colgajo, retraido en parte y conservando su vitalidad, lo habia empleado para tapar una parte de la extension de la herida, haciendo una especie de tratamiento autoplástico.

Durante este tiempo presenciaron las curaciones y vieron los diversos estados que en cada uno de estos dias guardaba la herida, el Sr. Montes de Oca, varios de los médicos que tienen servicio en el hospital y los practicantes de aquella época.

El dia 8 de Octubre, al pasar la visita, me encontré con que desde las doce de la noche del dia anterior habia exhalado un grito que hizo acudir al enfermero, el que advertido del estado que guardaba, llamó inmediatamente al practicante de guardia, quien cumpliendo con su deber entendidamente ordenó los medios apropiados á su estado: de dicho practicante recogí los siguientes datos: tuvo calosfrio seguido de calentura intensa, inyeccion en las conjuntivas y en la cara, dilatacion de las pupilas, trismus y algunas convulsiones, ya parciales, ya generales, en la cara y miembros torácicos y abdominales, vómitos continuos de líquido bilioso. Cuando le ví estaba sumergido en un estado comatoso completo; tenia los párpados cerrados, la cara inyectada, el pulso pequeño y frecuente, la dilatacion de las pupilas continuaba, pero la conjuntiva no era insensible á los agentes exteriores; alguna fotofobia; el trismus habia cedido y las convulsiones eran pocas, de carácter clónico y en todos los cuatro miembros. Los vómitos continuaban siendo del mismo líquido y abundantes. No habia orinado; la vejiga contenia poca orina, y la salida de las heces fecales se habia verificado á consecuencia de los enemas purgantes y antiespasmódicos ordenados por el practicante que le asistió. Habiendo consultado con mis comprofesores, fuimos de opinion que se trataba de una *meningoencefalitis* consecutiva á la lesion traumática: le prescribí calomel á dosis refracta, unguento napolitano á la cabeza, vejigatorios á las piernas y una dieta absoluta.

Los mismos síntomas mas ó menos variados, pero aumentando la intensidad, se observaron en los días 9 y 10, y se prosiguió el mismo tratamiento hasta las cuatro de la tarde de este día, en que murió.

INSPECCION.—El día 11 á las cuatro de la tarde, y veinticuatro horas despues de la muerte, hice la inspeccion del cadáver en el anfiteatro del mismo hospital. Hecha una incision circular al derredor del cráneo, procedí á hacer la seccion del hueso con la sierra, separando de este modo la bóveda craniana. Examinada cuidadosamente la masa encefálica, en los dos hemisferios cerebrales se encontraron los signos característicos de una meningo-encefalitis, y en la parte anterior del lóbulo anterior derecho, en el punto correspondiente á la herida, la sustancia cerebral lo mismo que las membranas de cubierta, destruidas en parte, formando las circunvoluciones en ese punto una papilla, en cuyo centro, y á cosa de medio centímetro de su superficie, se encontraron unas cuatro esquirlas que no habian sido extraidas. Examinando mas profundamente la masa encefálica no encontré ningun foco purulento, ni en los ventrículos habia pus.

Pasé en seguida á separar el hueso frontal, con el objeto de conservar la pieza, pero al desprender el cuero cabelludo pude notar dos fracturas que partiendo como centro de la solucion de continuidad del hueso, iban, la una hácia el occipital y la otra hácia el apofisis orbitario externo izquierdo; entonces me propuse preparar toda la bóveda craniana, la que ya en estado de conservacion presento á la Academia como complemento de la historia que llevo referida, y cuya descripcion paso á hacer, acompañada de las reflexiones generales que tanto ella como la observacion merecen dejar consignadas.

PIEZA PATOLÓGICA.—Como se vé, el cráneo está regularmente conformado; no presenta otra cosa de particular sino un hueso woormiano, en un lugar en que no es muy comun, hácia la parte media de la sutura fronto-parietal derecha (núm. 1).

Dividiremos la lesion patológica en ventana y fracturas; á la ventana le consideraremos dos caras, una interna y otra externa.

Cara externa.—Hácia la parte lateral derecha del frontal, arriba del corte huesoso, se encuentra la lesion principal; ésta es una ventana ovalar cuyo mayor diámetro es transversal, de cinco y medio centímetros de extension, y el menor, vertical, de tres y medio; una de sus extremidades, la posterior, que dista un centímetro de la sutura fronto-parietal derecha, pertenece á un diámetro mayor que la anterior; los bordes no presentan otra cosa de particular sino que el de la anterior tiene unas dos pequeñas esquirlas todavia adherentes (núm. 2): hácia arriba, el borde que limita la irregular figura geométrica que le he dado, en lugar de ser cóncavo abajo, casi lo es convexo, y se prolonga como un centímetro en su mayor extension; es decir, hácia la parte media: en este mismo punto se halla desprendida la tabla externa del hueso, de manera que el tejido diploico está des-

cubierto (núm. 3). En el borde inferior presenta otras dos esquirlas (núm. 4), solo desprendidas por la tabla externa, pero adherentes aún por el diploe; por lo demas, los bordes son irregulares y mas bien se puede decir que están tallados á expensas de una cara interna.

Cara interna.—La cara interna de la ventana de la fractura es irregularmente cuadrangular: podemos considerarle tambien cuatro bordes.

I. Borde anterior. Un poco convexo hácia dentro, presenta solo en su ángulo superior la esquirla núm. 2, mas arriba, la tabla interna del hueso destruida y á descubierto el diploe (núm. 5).

II. Borde posterior enteramente cóncavo hácia delante.

III. Borde superior, casi transversal.

IV. Borde inferior. Irregular, con varias pérdidas de la tabla interna, y descubierto el diploe.

Fracturas.—Son tres: una posterior, otra anterior y otra inferior.

Fractura posterior.—*Cara externa.*—Nace del tercio superior de la extremidad oval posterior; se dirige hácia atras, casi transversalmente, en una extension de cerca de nueve centímetros; despues, violentamente abandona esta direccion y se dirige hácia atras y arriba en una extension de tres y media centímetros, donde se pierde formando la extremidad posterior: en la anterior hay un separamiento entre los dos lábios de la fractura, de tres á cuatro milímetros.

Cara interna.—Parte la mencionada fractura del ángulo superior y posterior de la ventana cuadrangular, se dirige hácia atras en la extension de dos centímetros, despues hácia arriba y atras en la de uno; luego baja en la extension de otro formando un ángulo saliente superior (núm. 6), en seguida vuelve á dirigirse hácia arriba y atras en casi la misma extension, formando un ángulo saliente abajo (núm. 7), y despues atras y arriba en la extension de cerca de ocho centímetros, con cuya extremidad posterior se pierde, habiendo formado antes otro segundo ángulo saliente arriba (núm. 8): la extremidad anterior tiene la misma extension; es decir, tres á cuatro milímetros de diastasis. No hay mucha dificultad para ver que la fractura interesó todo el espesor del tejido huesoso.

Fractura anterior.—*Cara anterior.*—Nace del tercio inferior de la extremidad oval anterior, se dirige despues haciendo zig-zag hácia abajo y hácia la línea mediana, en la extension de dos centímetros; despues se dirige directamente hácia afuera y abajo, formando tambien zig-zag, hasta perderse en el apofisis orbitario externo izquierdo y al comenzar la línea curva que limita por la parte anterior la fosa temporal. Al comenzar la fractura, y en la extension de un centímetro (núm. 9), hay una pérdida de sustancia en el sentido de dicha fractura.

Cara posterior.—Nace la fractura del ángulo inferior y anterior de lo que hemos llamado borde anterior; se dirige directamente hácia abajo y adentro en la

extension de poco mas de dos centímetros, hasta el surco formado por la canaladura del seno longitudinal superior; en seguida se dirige hácia fuera y abajo hasta el nivel del apofisis orbitario externo izquierdo, donde se termina, faltando en este punto un fragmento de la tabla interna, donde la fractura es tan oblicua, que tal parece que solo la tabla interna está fracturada (núm. 10). Esta fractura interesa todo el espesor del tejido huesoso.

Fractura inferior.—Situada en el borde inferior de la ventana, cerca del borde de la extremidad posterior, un centímetro atras del apofisis orbitario externo derecho, es oblicua de arriba abajo y de adelante atras, por sus dos caras, siéndolo tambien en el espesor, como puede verse separando ligeramente el fragmento.

Como complemento á la descripcion del cráneo «2º» adjunto la coleccion de veinte esquirlas extraidas al individuo objeto de esta historia, fuera de las que tal vez se hayan perdido á pesar del empeño que tuve en recogerlas todas. Nótese que entre las veinte no hay una sola que sea completa; es decir, que tenga las caras interna, externa y diploe intermediario: todas pertenecen á la cara interna ó externa, dejando ver el tejido areolar diploico intermediario. Esta preparacion, hecha por la casualidad, no deja de ser adecuada para poder estudiar la construccion de esas pequeñas celdillas.

REFLEXIONES.—No son muchos los hechos que resultan como notables; pero cortos como son, su consideracion es de la mayor importancia.

1º En primer lugar, lo que llama la atencion es que Hernandez al recibir la patada hubiera caido al suelo y levantándose por sí mismo sin haber perdido el conocimiento. Un simple golpe contra el cráneo, sin mucha fuerza, causa cuando menos un vértigo debido á la conmocion cerebral; si éste es mas fuerte, prolongándose, el conocimiento se pierde: aquí debe de haber sido tan fuerte cuanto los desastres que ocasionó, agregando tambien la posicion en que Hernandez recibió el golpe. Solo una explicacion se me ocurre: segun recuerdo, Vidal dice que la conmocion cerebral es tanto mas fuerte, cuanta mayor haya sido la resistencia que el cráneo ha opuesto: en este caso, evidentemente no opuso ninguna, supuesto que se fracturó en esa extension.

2º En segundo lugar, como accidente consecutivo inmediato no tuvo ninguno; no lo tiene durante once dias que permanece con las meninges dilaceradas y descubiertas; no lo tiene, herida la misma sustancia cerebral; no lo tiene encerrando dentro de ella cuatro esquirlas que se sacan despues de muerto: pues qué, ¿los agentes exteriores, la herida de las cubiertas, la del cerebro, y por último, la permanencia de cuerpos extraños, como huesos desiguales, no irritan, inflaman, etc., el órgano sensorial? En el caso relacionado por Dupuytren, ha permanecido mucho tiempo un fragmento de cuchillo introducido en la sustancia cerebral. En el relacionado en la observacion primera, leida por el Sr. Montes de Oca, permaneció

un clavo ó lesna cuatro meses. Siempre mas ó menos tarde, como el mismo Dupuytren lo ha dicho, viene á ser fatal la terminacion; pero, como se vé, las heridas de la sustancia cerebral, su exposicion y contacto con los agentes exteriores, no van acompañados siempre de aquel cuadro horroroso que algunos autores nos han pintado: hay alguna tolerancia por parte del órgano que debiera por su naturaleza ser mas sensible, y esto en la práctica nos enseña mucho.

3º La muerte ha dependido de la meningo-encefalitis, muy probablemente consecutiva á todas ó á algunas de las varias causas mencionadas. Lo que me admira es que no haya venido antes.

4º Por último, un hecho me ha llamado mucho mas la atencion. Mírese bien la pieza patológica; véase la cara interna de la fractura posterior; ella corta verticalmente la arteria meningeal media en tres puntos ó ramos; el grado de diastasis que tiene ahora, lo tenia en el individuo; mide de uno á dos milímetros; estos ramos no han sido rotos, no habia derrame alguno: ¿se han distendido las arteriolas hasta ese punto sin romperse? probablemente sí. He aquí un hecho que no recuerdo esté mencionado en autor alguno, y por lo mismo debe quedar consignado.

OBSERVACION 3ª—El 1º de Abril de 1870 entró al núm. 5 de la seccion de cirugía, primera sala, el sargento segundo Juan Pliego, perteneciente al regimiento «Libres de México,» ignorándose los demas puntos del preámbulo por no haber sido posible recogerlos. Por este mismo motivo se ignoran sus padecimientos anteriores, y acerca de su estado actual solo tuve los datos que recogí de sus camaradas. Yendo de escolta en el tren de Puebla, un soldado saltó de la plataforma para escaparse; el tren iba con toda velocidad, y Pliego, como sargento, saltó tambien para aprehender al fugitivo: sin lograrlo cayó de cabeza; perdió luego el conocimiento; el tren paró; fué recogido y trasportado inmediatamente al hospital.

Al pasar visita le encontré en el decúbito dorsal, en un coma profundo; la cara estaba inyectada, los párpados cerrados, la pupila del lado izquierdo dilatada, la otra normal; tenia vómitos frecuentes abundantes de un líquido bilioso, ligera espuma sanguinolenta en la boca, la respiracion acelerada y entrecortada, de vez en cuando suspiros prolongados; el pulso estaba lleno y latia 120 veces por minuto; habia orinado; ligera constipacion; sus miembros, tanto abdominales como torácicos, estaban en una resolucion completa; si uno de ellos se levantaba, al soltárselo inmediatamente caia á plomo; no habia sensibilidad en la piel. Estos, segun recuerdo, eran los síntomas mas notables: en vista de ellos, me pareció que probablemente se trataba de una hemorragia cerebral, que anunciaba un término funesto. Le prescribí calomel á dosis refracta, sangría general para ocho onzas, vejigatorios á las pantorrillas, enema purgante y antiespasmódico, y dieta absoluta.

En la tarde volví á visitarle: la orina habia salido involuntariamente, habia eva-

cuado, el estado general era el mismo, el pulso habia bajado á ciento diez por minuto. Prescripcion: la misma, menos la sangría.

Dia 2. El mismo cuadro de la noche anterior: nada se avanzaba; los vejigatorios no habian obrado; los vómitos biliosos habian disminuido.

Por una verdadera casualidad, uno de los practicantes notó que Pliego tenia una cicatriz arriba de la ceja izquierda; al tocarla encontró una depresion en ese punto. Cuando me lo advirtió, otro fenómeno llamó entonces nuestra atencion. Al comprimir la cicatriz se despertaban convulsiones generales pasajeras en el lado derecho: hicimos una nueva vez la prueba, y cual si hubiese sido tocado por una pila eléctrica, obedeció: por el aspecto de la cicatriz vimos que la lesion era antigua. Prescripcion: calomel, los vejigatorios, que se dejaron puestos, y el enema: dieta.

Murió á las seis de la tarde de ese dia.

INSPECCION.—El dia 4, á las nueve de la mañana, treinta y nueve horas despues de la muerte.

Abierto el pecho, solo se encontraron los pulmones con la congestion cadavérica. Abierto el abdómen, el estómago se encontró distendido por bastante cantidad de líquido bilioso; el hígado y demas órganos, en estado fisiológico.

Abierto el cráneo, se encontraron los senos llenos de sangre, un verdadero derrame hemorrágico sub-aracnoideo cubria los dos lóbulos cerebrales en toda su superficie, extendiéndose al cerebelo y hasta la misma médula oblongada; en los hemisferios, á la profundidad como de uno ó dos centímetros, y diseminados entre las circunvoluciones superficiales, hallábanse varios focos apoplectiformes, desde el tamaño de un grano de mostaza hasta el de un chícharo grande, mas abundantes en el hemisferio izquierdo que en el derecho: habia, asimismo, un poco de derrame seroso en los ventrículos.

Guiado por la curiosidad, pasé en seguida á examinar la parte anterior del lóbulo anterior izquierdo: en dicho punto las meninges estaban intactas y sin adherencias con el hueso; tanto en su superficie, como en la encefálica correspondiente, habia unas aufractuosidades ligeras, correspondientes á las de la cara interna ó posterior del hueso frontal: extraje entonces el pedazo de frontal correspondiente, que preparado ya paso á describir.

PIEZA PATOLÓGICA.—Se compone de un fragmento cuadrangular del hueso frontal izquierdo: en el centro de la cara anterior se nota una cicatriz huesosa, de forma irregularmente oval, dirigida oblicuamente de arriba abajo y de izquierda á derecha, que en su mayor diámetro tiene cuatro centímetros, y en el menor dos: la superficie se halla desprendida, y en ella se ven diversos orificios pequeños: cerca de la extremidad inferior y externa, presenta un corto apofisis formado por un repliegue de la misma cicatriz: en la cara posterior se advierten unas partes salien-

tes que casi siguen la misma direccion de la cicatriz. Hecho un corte en el hueso segun el sentido trasversal, con objeto de examinar las modificaciones del diploe verificadas á consecuencia de los trabajos patológicos de la cicatriz, no se nota, como puede verse, sino que el tejido diploico está mas compacto, por decirlo así, sin que haya en él otra cosa digna de llamar la atencion.

REFLEXIONES.—1ª En este caso es de notar que Pliego se lanzó de la plataforma con fuerza, la que fué considerablemente aumentada por la rapidísima velocidad del tren; el empuje, pues, fué formidable; cayó de cabeza, y sin embargo en la autopsia los huesos del cráneo no presentaban ninguna fractura, ni otra lesion traumática. La explicacion se hallará, tal vez, en las circunstancias de su caida: si en donde cayó habia pasto ó arena, por ejemplo, esto debe haber atenuado el choque de la cabeza.

2ª La pupila izquierda estaba dilatada é insensible; la derecha normal. Esto pudiera explicarse por algunos de los focos sanguíneos ú otra de las demas lesiones encefálicas.

3ª Cuando se comprimia la cicatriz del frontal, se despertaban convulsiones en el lado derecho: evidentemente esta cicatriz es antigua y depende del trabajo patológico de alguna lesion en dicho punto; pero, segun el corte trasversal deja ver, el espesor del hueso es el mismo allí; su consistencia es idéntica: ¿no podria suponerse, que cediendo al comprimirle, se comprimia el cerebro, ó que la lesion patológica que se verificó en ese punto dejó mas sensible la pulpa cerebral? ¿Acaso por estar el hemisferio izquierdo mas dilacerado, segun reveló la inspeccion cadavérica, era mas sensible y se despertaba ese fenómeno en el lado derecho? La explicacion es dificil.

4ª Segun el parecer del Sr. D. Francisco Ortega, hay otro hecho que llama mucho mas la atencion: como se vé en la pieza patológica, la lesion del hueso era antigua; por la extension y los desórdenes que se notan en ese punto, es de inferirse que la lesion traumática debe haber sido de importancia. ¿Cómo, pues, este hombre vivió tanto tiempo, sin haber tenido los accidentes consecutivos de dicha lesion? Ciertamente es de lamentarse que no se hayan podido recoger datos sobre el conmemorativo.

México, Diciembre 21 de 1870.

MANUEL S. SORIANO.

