

CLÍNICA DE OBSTETRICIA.

ENDOÇARDITIS ULCEROSA.

Lección oral dada por el Sr. D. Aniceto Ortega en la Clínica de Maternidad, el día 23 de Abril de 1872,
y recogida por el Sr. D. Miguel Cícero.

Ocuparemos la presente lección en trazar un cuadro clásico de la endocarditis ulcerosa.

HISTORIA.—La endocarditis simple se ha conocido desde hace tiempo, sobre todo desde Bouillaud, y despues varios autores se han ocupado del estudio de ella; pero no sucede lo mismo con la variedad llamada ulcerosa, á la cual algunos autores atribuyen un origen flegmático que le niegan otros. Esta variedad es reciente y nos toca de cerca en el estudio de los partos, porque entre sus causas se cuenta especialmente el puerperio. Así, segun Virchow, que es uno de los primeros que la han estudiado, varias veces se presenta una epidemia puerperal caracterizada por los síntomas de la endocarditis, y en ochenta y tres mujeres paridas que observó durante diez y ocho meses, varias sucumbieron de esta misma afeccion.

Virchow se entregaba á sus investigaciones desde 1858; pero seis años antes (1852) ya Simpson habia emitido algunas ideas sobre lo que caracteriza la enfermedad, en un trabajo que publicó sobre el estado puerperal. Por consiguiente, se puede decir que era desconocida antes de 1852; que en 58 la precisó Virchow, y que despues los trabajos de Lefevre, Frerichs, etc., han fijado sus síntomas, causas, diagnóstico, tratamiento, etc.

DEFINICION.—Despues de esta ojeada histórica, pasemos á definir la enfermedad, ó mejor dicho, á describirla, pues las definiciones médicas son mas bien verdaderas descripciones. La endocarditis ulcerosa es una inflamacion del endocardio acompañada de destruccion de las válvulas con una alteracion particular de ellas y su crecimiento en volúmen, acompañada de focos morbosos que se presentan en los diversos órganos y que son debidos á embolies que se han trasportado del corazon á las arterias. Así, la enfermedad tiene dos principales caracteres: destruccion de las válvulas y embolies consecutivas al desprendimiento y transporte de sus partes. Dada esta definicion, que hace concebir algunas ideas sobre su naturaleza, pasemos á estudiar la enfermedad en su esencia.

NATURALEZA.—Hay dos autores, Hardy y Béhier, que suponen una intoxicación primitiva de la sangre y definen la enfermedad diciendo que es el resultado de una infección séptica de la sangre, razón por la cual es más frecuente en el estado puerperal. Pero Kirkes y Virchow contradicen esta teoría, opinando que ciertamente hay envenenamiento de la sangre, pero que es consecutivo á la enfermedad principal. Esta opinión parece confirmarse por las observaciones microscópicas de Lancereau, que han demostrado en la sangre granulaciones moleculares, glóbulos granulosos, fragmentos de fibras de tejido conjuntivo y cuerpecillos alargados y granulosos, de manera que en todo esto se ven los elementos del tejido de las válvulas, que convertidas en detritus marchan por el torrente de la circulación.

Citaré como memoria lo que dice Simpson respecto de que la sangre participa de los caracteres de la albuminuria crónica y de la artritis; pero como el trabajo de este autor fué sobre la artritis del puerperio, puede ser que esta circunstancia alterara así la sangre sin que tuviera que ver la enfermedad que nos ocupa.

Para probar Virchow que la enfermedad no es consecutiva á la alteración de la sangre hace notar que muchas veces sobreviene sin malestar, antes de oírse los soplos, sin disnea ni palpitaciones, etc., y esta es una prueba fuerte, pues si fuera lo contrario, vendrían fenómenos prodrómicos dependientes de la alteración sanguínea antes de que aparecieran los cardiacos. De manera que este autor se inclina á creer que la endocarditis aparece primitivamente y después las alteraciones sanguíneas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Observando los vestigios que deja en el cadáver la endocarditis ulcerosa, se ve que primero aparece una hiperemia ó congestión debajo del endocardio en la túnica celulosa y en el tejido fibroso elástico, y de ninguna manera en la misma serosa, como á primera vista parece á causa de su transparencia. Se ven los glóbulos de la sangre aumentados, los vasos dilatados, y con el auxilio del microscopio se comprueba que el sitio de estos trastornos es el tejido subseroso. Es necesario distinguir este estado de las imbibiciones que se encuentran en el corazón y aun en el mismo endocardio á consecuencia de la hipostasis. Después de este primer grado, se puede ver la proliferación del tejido conjuntivo, y entonces aparecen muchos gránulos microscópicos que aumentan notablemente el grueso de los tejidos subserosos que se hinchan, lo que ocasiona el gran desarrollo y el hinchamiento de las válvulas. Se distinguen en esta última alteración dos períodos: en el primero, llamado gelatiniforme, las válvulas están gruesas pero transparentes, blandas y elásticas; en el segundo período se pierde el aspecto gelatinoso, las válvulas se hacen rudas, rígidas y opacas; no hay ya elasticidad sino friabilidad, y se ven grietas ó costras semejantes á las que se producen en un muro mal pintado. Estas divisiones, esta fragilidad, hacen que el torrente de la san-

gre y los movimientos del corazon arranquen pedazos de válvulas y dejen las pérdidas de sustancia que caracterizan la forma ulcerosa de la endocarditis que recibe este calificativo, no porque supure el endocardio como supuran las úlceras exteriores, sino porque hay pérdidas de sustancia análogas á éstas y producidas mecánicamente por el choque de la sangre que arrastra las partes desprendidas de las válvulas, sobre todo de la mitral y de las sigmoideas aórticas, ocasionando así esas insuficiencias que conocemos por la auscultacion durante la vida.

Sobre la formacion de esta nueva cantidad de tejido ha habido muchas discusiones entre los autores, como tambien sobre el verdadero sitio de los accidentes; pero lo mas probable es que empiecen debajo de la hoja serosa, la cual, por su transparencia, engaña muchas veces, pues si se ve esta membrana en el microscopio se reconoce la existencia de células exagonales del epitelio pavimentoso que tapiza á las serosas, lo que prueba que no hay allí nada de patológico, sino cuando los adelantos de la alteracion rompen las válvulas á consecuencia de la mezcla del exudatus con los elementos del endocardio. Un micrógrafo, Luschka, dice que en el campo del microscopio se pueden observar cuatro elementos diferentes: 1º, corpúsculos del exudatus ó células de nueva formacion; 2º, elementos fibrosos en via de desarrollo; 3º, en los grados elevados de metamórfosis, vasos de nueva formacion; y 4º, celdillas epiteliales del endocardio cuando la destruccion es avanzada.

Los accidentes no se limitan á esto: el tejido mismo del corazon puede presentar verdaderas úlceras, porque la inflamacion no se ha limitado á las válvulas, sino que tambien ha alterado la sangre en los puntos en que estaba estancada. Entonces pueden presentarse focos de pus que, abriéndose en el corazon, serán el punto de partida de la *pieemia*; pero la naturaleza viene algunas veces en auxilio del enfermo, formando alrededor del pus una capa fibrinosa que lo envuelve y le impide mezclarse á la sangre. Foster ha observado este fenómeno en el microscopio y ha visto estos depósitos fibrinosos descoloridos, fibras longitudinales de tejido conectivo, celdillas de nueva formacion tan numerosas, que se tocaban unas con otras sin tejido intermedio y glóbulos de pus.

Esto podemos ver en el interior del corazon; pero aun fuera de él encontramos los vestigios de la pericarditis, y segun algunos autores, esta última y la pleuresía pueden ser la expresion del mismo *procesus patológico*.

Tambien debemos tomar en consideracion esos focos metastáticos que se presentan en los riñones, en el bazo, en el pulmon, en el hígado y en los ojos. Segun las observaciones de Hervieux, siempre que hay alteraciones en los ojos se encuentran en el centro de la retina algunas arteriolas con una embolie formada por un tejido que no es mas que el de las válvulas y que se puede distinguir de un simple depósito fibrinoso, porque tratándolo por la potasa no se pone trasparente ni se *pienda como lo haria la fibrina*.

Se observan tambien las alteraciones propias de la peritonitis, pero no la peritonitis dependiente de una metritis ó de cualesquiera otra parte de los órganos genitales, sino una peritonitis situada arriba, lejos de éstos, y que tiene su origen en las mismas embolies que hemos visto formarse en el hígado, bazo, etc., así como la neumonía puede tambien presentarse por embolies en los vasos pulmonares. El cerebro puede presentarse reblandecido por la misma causa, pues segun la teoría alemana mas admitida, el reblandecimiento cerebral depende de la obstruccion senil de las arteriolas que vienen de la arteria de Sylvio. Obstruidas éstas, cuando se degeneran ya no mandan la nutricion á la parte correspondiente del cerebro, y entonces se reblandece. El fenómeno patogenésico, segun Niemann y otros autores, es el mismo que el de la gangrena de un miembro por arteritis. Pues en un caso de embolie, pasa una cosa igual: los restos de las válvulas trasportados por la circulacion, obstruyen algunas arteriolas del cerebro; las partes á que éstas van á distribuirse carecen ya de nutricion y se reblandecen, como se reblandece la retina cuando existen estos focos entre ella y la coroides.

SINOPSIS.—Podemos fijar el cuadro de las alteraciones de la endocarditis ulcerosa de la manera siguiente:—soplo en el primero y segundo tiempo—ansiedad extrema—embolies que van sobre todo á las arterias pequeñas, porque detritus de válvulas tan pequeñas como las sigmoideas, no pueden obstruir arterias considerables: por eso se ve sobrevenir mas bien la gangrena de las manos ó de los piés que reciben arterias de pequeño calibre, á no ser que á los detritus se unan exudaciones fibrosas que, haciéndolos mas grandes, los hacen capaces de obstruir arterias mas grandes—por último, las consecuencias de las embolies en los órganos en que están situadas.

SÍNTOMAS.—Antes de proceder al estudio de los síntomas propios que caracterizan la enfermedad, diremos algunas palabras sobre los prodromos. Antes que se observe ningun soplo, ni algun otro síntoma cardiaco, se observan dolores abdominales, la dilatacion varicosa de las venas inferiores, sobre todo de las ramificaciones de la safena que serpentean en los muslos y en las piernas, produciendo tambien dolores en los puntos correspondientes: los hay tambien en el hipocondrio izquierdo y en el epigastrio, que parecen ser el sitio de una hiperemia que invade los órganos abdominales, como el bazo, el hígado, etc. Se presenta un movimiento febril bastante fuerte precedido de escalofrios intensos con choque de los dientes, convulsiones y salida de los bulbos pilíferos. Este fenómeno en las afecciones puerperales debe hacer temer la aparicion de una enfermedad grave: en la que nos ocupamos es al principio ligero, pero aumenta poco á poco de intensidad y presenta exacerbaciones nocturnas.

Despues de estos fenómenos precursores aparecen otros pertenecientes á la enfermedad, y de los cuales podemos hacer una distincion muy importante: los sín-

tomas propios ó ligados á la enfermedad principal, y los concomitantes que dependen de las otras alteraciones morbosas, como los infartos del hígado, del bazo, de los riñones, etc. Estos últimos son muy importantes para la práctica, pero no para el estudio nosológico de la enfermedad, porque pertenecen á otras partes de la patología.

Han creído muchos autores que el dolor del corazon y la matitez debian ser los fenómenos principales; pero el primero no siempre existe, y cuando se observa no es en el mismo punto: muchas veces el enfermo lo siente en el hombro ó en el brazo izquierdo, al nivel del músculo biceps, como en la angina de pecho, que muchas veces revela la existencia de una afeccion orgánica del corazon que no se habia conocido, y puede extenderse siguiendo las ramificaciones del nervio mediano. Este dolor, variable por su sitio, debe llamar la atencion del médico y hacerle recurrir al estetoscopio para saber de qué depende, sobre todo si se presenta en una mujer durante su puerperio. El otro signo, la matitez á la percusion, en mayor extension que en el estado normal, no puede servirnos al principio de una endocarditis, porque para que se presente es preciso que haya un aumento en el volumen de las fibras musculares del corazon por la inflamacion, ó un derrame seroso en la cavidad del pericardio, de manera que no es en realidad un signo propio de la endocarditis ulcerosa, sino que está ligado á una complicacion de miocarditis ó de pericarditis. En este último caso, la auscultacion puede hacernos oír un frotamiento cuando hay productos pseudo-membranosos entre las hojas de la serosa.

En cuanto á los fenómenos físicos de la endocarditis, que son los mas importantes, los dá á conocer el estetoscopio. Al principio se oye un soplo en el primer tiempo, que se extiende á las principales ramas arteriales, al cayado de la aorta, á las carótidas, á las sub-clavias, etc., pero teniendo su *máximo* de intensidad al nivel de la base del corazon, lo cual indica una lesion de las válvulas sigmoideas aórticas y pulmonares. Algun tiempo despues se oye tambien otro soplo en el segundo tiempo, teniendo su *máximo* en la punta del corazon: esto dá á entender que empiezan á participar de la alteracion las válvulas aurículo-ventriculares, y sobre todo la mitral. Cuando ésta se altera mas profundamente, impide la oclusion perfecta del orificio aurículo-ventricular y entonces se oye el ruido de soplo en el segundo tiempo, de manera que hay soplo durante la sístole y durante la diástole, y el que al principio oíamos mas intenso en la base, lo percibimos entonces en la cúspide. Ustedes saben con qué exactitud se llega actualmente al diagnóstico de las lesiones del corazon por los medios que nos ministra el estetoscopio. De la misma manera que el estetoscopio nos revela la situacion de un feto en el interior del útero, así tambien nos dá á conocer, por la intensidad de los soplos, por su propagacion y por el tiempo en que se oyen, cuál de las vál-

vulas del corazon es la que presenta una lesion patológica, y este diagnóstico lo confirmamos por la autopsia que nos revelará una congestion de las venas pulmonares y de los pulmones en caso de insuficiencia de la válvula mitral, y una distension mas ó menos grande de las venas cavas, sobre todo de la superior cuando la alteracion esté en la válvula mitral, fenómenos que se comprenden fácilmente recordando el mecanismo de la circulacion y suponiendo los trastornos que pasarán, cuando por no obliterarse los orificios á su tiempo haya una columna de sangre opuesta al curso de la que debe llegar á los ventrículos. Cuando oimos el ruido de soplo en la base del corazon, debemos asegurar que la alteracion está en uno de los orificios arteriales, porque tanto la aorta como la pulmonar nacen de la base. Vice versa: estará la lesion en los orificios aurículo-ventriculares cuando el máximum esté en la punta del corazon, porque allá lo trasmite la corriente sanguínea. En este último caso, el punto preciso de dicho máximum está abajo y un poco afuera de la tetilla izquierda. A estos fenómenos de alteracion están ligados otros que dependen de ellos. Así, cuando hay una insuficiencia de la válvula tricúspide, la corriente de sangre que baja de la vena cava superior encuentra otra en sentido contrario formada por el reflujó de la que vuelve del ventrículo á la aurícula derecha. De este encuentro resulta un estancamiento sanguíneo en la vena cava superior, que produce edemas en la cara, en los párpados sobre todo, y en todas las partes adonde van las ramificaciones que forman esta vena.

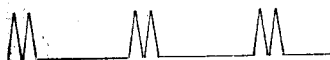
Por todo lo expuesto pienso que nuestra enferma tiene las alteraciones en el orificio aórtico, pues el soplo se extiende á la aorta, á las carótidas, á las sub-clavias y aun á las axilares.

En cuanto á los fenómenos generales, la fiebre, que en el caso presente es fuerte, hace subir el pulso desde ciento veinte hasta ciento cuarenta y aun ciento sesenta pulsaciones por minuto. Es ademas saltante; sube mucho de pronto y despues baja rápidamente, pareciendo dejar vacia la arteria, cuyas paredes opuestas pueden juntarse. Estas alteraciones del pulso dependen de dos causas: de la calentura y de las lesiones valvulares. La primera influye haciéndolo fuerte, frecuente y vibrante; la segunda haciéndolo bajar completamente.

El Sr. Mejía recogió en nuestra enferma unos rasgos esfigmográficos que nos revelan claramente los caracteres que acabo de dar al pulso. El primero es una línea que sube en el momento de la pulsacion, describe una ligera curva sin ondulaciones y vuelve á bajar rápidamente. No sucede lo mismo en la dilatacion aórtica por un saco aneurismal. Este, dilatado momentáneamente, vuelve sobre sí mismo, y forma entre la línea ascensional y la de descenso del esfigmógrafo una ligera ondulacion. Figuras 1ª y 2ª (1)

(1) Próximamente se repartirá la lámina en donde se ven los trazos esfigmográficos á que hace relacion el Sr. Ortega.

Despues de examinados estos síntomas, importa saber si las pulsaciones del corazon son isócronas y tan intensas como las del pulso. Sucede á veces que el corazon late doble número de veces que las arterias ya de los dos lados del cuerpo ya del derecho ó del izquierdo aisladamente. La única explicacion que encuentro de este fenómeno, es que hay un obstáculo mecánico que intermitentemente obstruye el tronco principal de una arterial, haciendo cesar las pulsaciones en todas sus ramas, ó al menos disminuyendo la intensidad de éstas. Este obstáculo puede ser formado por un producto polipiforme ó por una embolie, y es siempre de un pronóstico grave, porque indica un trastorno de la circulacion y la suspension de ella en las arterias menores. Fuera de los trazos esfigmográficos que ha presentado la enferma de que nos ocupamos, hay dos formas mas indicadas por algunos autores, y que representaremos de la manera siguiente: (Figuras 3ª y 4ª)



Esta segunda forma demuestra una intermitencia despues de cada tres pulsaciones; intermitencia marcada por la marcha horizontal de la aguja del esfigmógrafo y que presenta cierta regularidad. Este fenómeno no depende de una embolie sino de un trastorno en la invacion del corazon.

A esto se reducen los fenómenos especiales del cuadro nosológico de la endocarditis ulcerosa; pero hay otros fenómenos ó síntomas simpáticos que tambien debemos tomar en consideracion: tales son el aspecto alterado de la cara, los ojos hundidos y rodeados de una ojera lívida, las narices pulverulentas y secas con el dorso afilado, la agitacion en la fisonomía que indica una ansiedad profunda, ó una especie de estupor que hace que la mujer permanezca indiferente á todo lo que pasa en su familia y en sus negocios: esta es una especie de coma vigil como le llaman algunos autores, y que se presenta tambien en la fiebre tifoidea y en nuestro tabardillo. Consiste en una concentracion particular, una absorcion de las ideas que hace que la mujer viva en su propio ser, y abstraída de todas las relaciones exteriores.

Por parte del aparato digestivo tenemos tambien otros síntomas, como la anorexia, el sabor desagradable y amargo en la boca, que hace que las enfermas no soporten ni el agua pura, las náuseas y los vómitos. Muchas veces la invasion de la enfermedad está caracterizada por un acceso de náuseas ó por vómitos de materias viscosas. Se observa tambien la sequedad de la lengua, una sed insaciable por mucha que sea la cantidad de agua que tome la enferma, lo que prueba que no es causada por la falta de líquido en la economía, sino por una perversión de

la invasión; el vientre está elevado, meteorizado, lo que causa una sonoridad á la percusión en las partes mas altas, y una matitez en los puntos en que hay infarto de materias fecales: por último, viene la diarrea biliosa.

Las vías respiratorias nos dan síntomas como la tos, la expectoración de un moco mas ó menos abundante, y por la auscultación, estertores gruesos y mucosos.

Los trastornos de los centros nerviosos son los mas importantes, porque ilustran mucho el diagnóstico. Hay excitación cerebral, agitación, insomnio, delirio que cambia de facies; es primero furioso, se levantan las enfermas de sus camas, y aun ha habido algunas en los hospitales de Europa que han querido quemar el establecimiento. Tras esta excitación viene la postración, el coma, y estos síntomas siguen alternando con los primeros. La explicación de estos fenómenos que me parece mas propia, es la siguiente: Se sabe que en la endocarditis úlceroza hay una infección piónémica de la sangre y es una de las cosas que la caracterizan. El carácter de la piohemía que mas comunmente depende de la flebitis es la forma intermitente errática de los síntomas y principalmente del delirio, del coma, etc. Pues bien: habiendo en la enfermedad que nos ocupa una intoxicación evidente de la sangre por el pus, natural es suponer que se presenten los síntomas propios de la piohemía con todos sus caracteres, y en efecto, esto es lo que se observa, aun en nuestra enferma, que á veces tiene una locuacidad extraña que indica algo anormal en ella.

Uno de los fenómenos finales es un estado de asfixia que tiene su explicación en la falta de acción de las válvulas, sobre todo de la mitral, que ocasiona un éxtasis de la sangre en los pulmones.

Mr. Chacot en un caso práctico que tuvo observó que uno de los primeros síntomas de la enfermedad fué la dispeña acompañada de un movimiento particular continuo de la cabeza, seguido de accesos tetánicos y terminando por un opistótonos. Este hecho lo debemos tener muy presente, porque hay en nuestro ramo especial una enfermedad convulsiva, la eclampsia, que puede confundirse con un acceso igual al anterior; pero prevenidos de esta fuente de error es fácil evitarlo. En la eclampsia hay albuminuria que se comprueba con los reactivos; los accesos son epileptiformes, con convulsiones en la cara, que se pone lívida; espuma que arroja la enferma por la boca, etc.; síntomas todos que establecen una gran semejanza entre esta enfermedad y la epilepsia. Después del ataque queda sopor, dificultad ó pérdida de la vista, lo que no sucedió en el caso de Mr. Chacot, de manera que todas estas diferencias establecen el diagnóstico de estos dos estados morbosos.

Esto es todo lo que podemos decir respecto de los síntomas propios ó consecutivos de la endocarditis úlceroza.

PRONÓSTICO.—Ahora vamos á tratar de una cuestion vital para nosotros, porque se refiere al pronóstico. «¿La endocarditis ulcerosa es al principio una endocarditis simple y solo despues viene la infeccion de la sangre, ó al contrario, ésta constituye el fenómeno primitivo?» Casi tocamos la cuestion de la fiebre puerperal. Durante el puerperio hay un agente, una sustancia incoercible pero que se revela por sus efectos, que marchando por el torrente de la circulacion y envenenando la sangre predispone á las mujeres á accidentes tifoideos y plohémicos; de manera que debemos admitir la existencia de un veneno puerperal que muchas veces produce sus efectos sin dejar vestigios apreciables en la autopsia, á pesar de haber producido síntomas durante la vida que no pueden dejar duda respecto de su influencia. Como estos trastornos y estas predisposiciones á las formas tifoidea y plohémica de las enfermedades puerperales existen antes que ningun síntoma de la endocarditis, creo que la intoxicacion de la sangre es el fenómeno que precede á todas las otras manifestaciones morbosas, y que la endocarditis ulcerosa es distinta de la endocarditis simple que ataca á un individuo reumático. La terminacion establece otra diferencia entre estas dos enfermedades. La endocarditis simple no es de una gravedad inmediata. Hay enfermos que tienen su soplo á consecuencia de un reumatismo que padecieron desde hace mas ó menos tiempo y que se sienten perfectamente en su salud. Solo despues de una duracion mas ó menos larga vienen las degeneraciones fibrosa, cartilaginosa y huesosa, y el enfermo sucumbe. No sucede así con la endocarditis ulcerosa que, á pesar de un tratamiento enérgico, sucumben casi todos los enfermos.

TRATAMIENTO.—Los medios terapéuticos aconsejados varian mucho segun la opinion que los autores se han formado sobre la naturaleza de la enfermedad. Los que la consideran como inflamatoria aconsejan el método de Bouillaud, que consiste en sangrias frecuentemente repetidas, ventosas, sanguijuelas, purgantes y dieta. Los otros, que ven en la endocarditis ulcerosa el resultado de una intoxicacion de la sangre, dan la preferencia á los tónicos, á los amargos, á una alimentacion abundante y sustancial. Igualmente ha tenido mucha boga el acónito; pero segun lo que me ha enseñado la práctica, creo que lo mejor para el tratamiento es combinar estos dos métodos extremos. La conducta que aconsejo seguir es sacar un poco de sangre y dar despues el calomelano. En seguida es bueno recurrir á los tónicos y á la alimentacion sustancial. En nuestra enferma he prescrito hoy el valerianato de quinina unido al ópío, que ha sido muy eficaz en casos en que el reumatismo conserva algo de agudo, como el dolor, la calentura, etc. Se ha recomendado la digital, pero su empleo me parece antilógico, porque este medicamento tiende á hacer lentos los latidos del corazon, y esto no es conveniente en una enfermedad en que la sangre experimenta obstáculos para su circulacion. Yo solo he empleado la digital en los casos de hipertrofia ó de palpita-

ciones nerviosas, pero nunca cuando el corazon tiene que hacer un esfuerzo supremo para vencer un obstáculo superior á sus fuerzas. Solamente lo emplearia cuando en el curso de la endocarditis se presentaran palpitaciones nerviosas idiopáticas. Los vejigatorios han sido igualmente aconsejados; pero al principio solo pueden combatir la dispnea, dejando intacto el infarto de las válvulas y el soplo, que se deberán combatir lentamente y por mucho tiempo, estableciendo, por decirlo así, un tratamiento crónico.

El dia que se llegue á conocer en qué consiste el veneno puerperal, ó por lo menos que se llegue á tener un medio seguro para desterrarlo de la economía, la endocarditis ulcerosa puerperal se convertirá en endocarditis simple y se le aplicarán los medios hasta ahora conocidos.

México, 30 de Abril de 1872.

CRONICA EXTRANJERA.

LA LINTERNA MÁGICA APLICADA Á LA DEMOSTRACION DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.—Tal es el título y el motivo de una carta dirigida de Lóndres á Mr. Amédée Latour, por el Dr. de Valcourt, de Cannes.

«He tenido ocasion, escribe el Dr. Valcourt, de asistir á una curiosa sesion dada por el Dr. Balnanno Squire, de Lóndres, uno de los dermatologistas mas distinguidos de Inglaterra. Habia invitado á sus colegas para que asistiesen á verificar la utilidad de la linterna mágica en la demostracion de las enfermedades de la piel. La convocacion fué hecha en la *Polytechnic Institution*. El profesor comenzó por explicar su objeto proponiendo la fotografía y las lentes de aumento para las demostraciones médicas. Existen, dijo, dos métodos para la enseñanza de la patología; por una parte los cursos didácticos, en los cuales el profesor enumera los síntomas, establece el diagnóstico, no teniendo otros recursos que los de la locucion para explicar los hechos; por la otra la clínica en el hospital, en donde la presencia de los enfermos proporciona á la vista ejemplos de diversas enfermedades. El primer sistema tiene por ventaja dejar al profesor la posibilidad de adoptar un plan general para una série de lecciones y de hacerse entender por un gran número de oyentes; pero tiene el inconveniente de ser fatigante para todos, é insuficiente acerca de muchos puntos en que la explicacion no puede sustituir á la vista. El segundo sistema, muy superior á aquel porque permite po-