

Berruenco (Ign)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVES CONSIDERACIONES
SOBRE EL
MAL DE ADDISON
EN MEXICO

POR

IGNACIO BERRUECO

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO

MIEMBRO DE LA

Sociedad Filoiátrica.

TESIS INAUGURAL.



LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUL 12 1899

MEXICO

IMPRESA POR CAYETANO BERRUECO

1882.

S. D. J. M. Bandera

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

EX LIBRIS

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UNIVERSITY OF CALIFORNIA



UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVES CONSIDERACIONES
SOBRE EL
MAL DE ADDISON
en México

POR

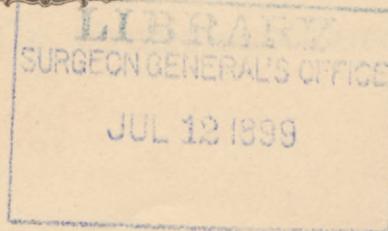
IGNACIO BERRUECO

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO
MIEMBRO DE LA

Sociedad Filoiátrica

EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL "JUAREZ
Y DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL DE SAN ANDRES.

TESIS INAUGURAL.

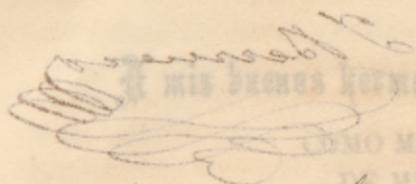


MEXICO

IMPRESA POR CAYETANO BERRUECO

1882.

*He escrito este libro con el objeto de
que sirva de ayuda a los que se dedican a
este estudio*



A sus muy queridos y

VENERADOS PADRES

*en testimonio de amor filial y como muestra de
gratitud indeficiente, dedica y ofrece este modesto
trabajo.*

A LOS SRES DRS
Manuel Carmona y Valle, Ricardo V&os y Adrian Segura
GRATITUD Y RESPETO

Ignacio Berrueta.

A mi amigo el Sr. Dr. Francisco Cerda

Acepte Ud esta pequeña muestra
del cariño que le profesa su dis-
cipulo

Julio 29 de 1882.

J. Guerrero

VENERADOS PADRES

Juanis Guerrero.

A mis buenos hermanos y al Sr. Lic. Remigio Covar

COMO MANIFESTACION SINCERA
DE MI CARIÑO Y GRATITUD

Al Sr. Dr. Maximiliano Galan

TESTIMONIO DE RECONOCIMIENTO Y AMISTAD

A LOS SRES. DRS.

Manuel Carmona y Valle, Ricardo Vértis y Adrian Segura
GRATITUD Y RESPETO.

A mi amigo el Sr. Dr. Francisco Cerda

Septiembre 1854

A mis buenas hermanas y al Sr. Dr. F. de R. y a sus hijos

COMO MANIFESTACION SINCERA
DE MI CARINO Y GRATITUD

Al Sr. Dr. Maximiliano Galan

TESTIMONIO DE RECONOCIMIENTO Y AMISTAD

A LOS SEÑORES
Manuel Carreras y Valle, Ricardo Verdes y Adrian Segura
GRATITUD Y RESPETO

A mi amigo el Sr. Dr. Francisco Cerda

HISTORIA.

ALGUNOS autores han pretendido que la enfermedad actualmente conocida con los nombres de MAL DE ADDISON, ENFERMEDAD BRONCEADA, MELANODERMIA ASTENICA, ASTENIA SUPRARENAL, etc. era conocida de los antiguos, que le daban el nombre de *ictéria negra*; y citan en apoyo de su opinion, varios párrafos de las obras de Hipócrates, Areteo y otros, en los cuales se menciona una ictéria negra que observaron en las enfermedades hepáticas Sin negar que la enfermedad de Addison haya sido notada por los antiguos, sí podemos decir, que antes del médico inglés, cuyo nombre ha tomado, ninguno habia dado una descripcion de ella; pues los mismos párrafos de Hipócrates y demas autores antiguos que nos presentan como alusivos á esta enfermedad, mas bien deben considerarse como referentes á la melanémia y á ciertas variedades de ictéria.

Trousseau, (Clinique médicale de l' Hotel--Dieu de Paris 1877. tom 3° pag 582) hablando de la manera como descubrió Addison esta nueva entidad morbosa, se expresa así:

"En el curso de su práctica el doctor Addison habia encontrado, desde hacia tiempo, ciertas formas de anemia general que no podia referir ni á grandes hemorragias anteriores, ni á flujos intestinales considerables y largo tiempo continuados, que no se ligaban á un estado diatésico apreciable por otros síntomas, ni á una afeccion miasmática palustre, que en fin; parecian sobrevenir bajo la influencia de causas imposibles de demostrar. Estudiando estas diversas causas de anemia, distinguió una que, independientemente de la debilidad, de la languidez del enfermo, estaba exactamente caracterizada por una coloracion bronceada de los tegumentos; coloracion que era sobre todo pronunciada en la piel de las manos, del escroto, del pene, y en los pliegues de la axila y de la ingle. Como en todos los casos que obserbaba, la enfermedad seguía la misma marcha, terminándose invariablemente por la muerte, el Dr. Addison buscó en el exámen minucioso del cadáver todo lo que pudiera aclarar su juicio sobre la naturaleza del mal. El cuidado con el cual estaba acostumbrado á dirigir sus investigaciones á propósito de las afecciones renales, le hizo descubrir que, en esta singular forma de anemia, las cápsulas suprarenales estaban enfermas. Desde entónces le pareció haber encontrado la solucion que buscaba."

Como resultado de sus observaciones, Addison publicó en Mayo de 1855, una memoria que tituló: *Efectos generales y locales de las enfermedades de las cápsulas suprarenales*. En esta monografía dió la historia de once hechos que, aunque no todos eran decisivos, sí le permitieron deducir esta conclusion: "La enfermedad bronceada trae consigo una lesion de las cápsulas suprarenales, sin poder decir, sin embargo, que esa lesion sea la causa de la enfermedad."

Una vez llamada la atencion de los sabios sobre la nueva enfermedad, las observaciones se multiplicaron, sobre todo de parte de los médicos ingleses, á tal punto, que en 1856 Hutchinson reunió veinticinco observaciones, en las cuales la coloracion bronceada de la piel coincidia con una alteracion de las cápsulas suprarenales.

En el mismo año, Trousseau tuvo ocasion de observar un caso en su práctica nosocomial, que le sirvió de motivo para discutir la memoria de Addison en la Academia de Medicina, y formular la teoria que corre impresa en su Clínica, en la cual considera á la lesion capsular como la causa de la pigmentacion. Lasègue, el mismo año, analizó en les *Archives générales de Medecine*, la monografía de Addison. En 1857 Danner publicó en el mismo periódico, una memoria en la cual

pasa en revista todos los hechos publicados desde que apareció la memoria de Addison. De estos hechos dedujo la prueba manifiesta de la union que existe entre las alteraciones de las cápsulas y la caquexia bronceada.

Hasta aquí, todos los trabajos científicos conocidos, venian á confirmar la relacion establecida por Addison entre las alteraciones de las cápsulas y la coloracion bronceada; pero, bien pronto aparecieron observaciones que contradijeron esta relacion; v. g. enfermos que habiendo presentado durante su vida la coloracion de la piel, sin embargo, en la autopsia no se encontró alteracion alguna en las cápsulas; ó tambien, enfermos que no habiendo presentado durante su vida ninguna coloracion anormal, en su autopsia se encontraron las cápsulas profundamente alteradas.

Actualmente los observadores se dividen en dos campos: unos que siguen considerando la enfermedad bronceada como entidad morbosa; y otros que no ven en la melanodermia mas que un síntoma que se puede presentar en todos los estados caquéticos en general. Entre los primeros, que son la mayoría, tenemos á Martineau, Trousseau, Jaccoud, Bell, Fabre, Demontrond, Guermontprez, y la mayor parte de los médicos ingleses: entre los segundos, Landois, Hurlaborde y otros.

Al mismo tiempo que se multiplicaban los hechos en favor de la existencia ó no existencia de la enfermedad de Addison como entidad morbosa, la anatomía y la fisiología tomaban por su cuenta el estudio de la estructura y de las funciones de las cápsulas suprarrenales. El primer fisiologista que hizo investigaciones en este sentido fué Brown-Séquard, que publicó una memoria en los *Archives générales de Medecine* de 1856. Dos puntos principales se propuso analizar en su trabajo: primero, ver hasta que punto la presencia de las cápsulas suprarrenales era indispensable para la conservacion de la vida; segundo, investigar si los animales á los cuales se extirpaban las cápsulas, presentaban síntomas semejantes á los descritos por Addison en las alteraciones patológicas de estos órganos.

Las conclusiones á las cuales creyó llegar fueron las siguientes:

“Primera. Las cápsulas suprarrenales parecen ser absolutamente esenciales para la vida.”

“Segunda. La supresion de sus funciones es mas rápidamente mortal que la supresion de la secrecion renal.”

“Tercera. Parece muy probable que exista normalmente en la sangre una sustancia dotada de la propiedad de transformarse fácilmente en pigmento; y que una de las funciones principales de las cápsulas, consista en una modificacion especial de esta sustancia, modificacion que le hace perder esta propiedad.”

“Cuarta. Cuando las cápsulas suprarrenales faltan, la sangre se altera hasta tal punto, que luego que es sacada de los vasos, forma espontaneamente cristales á espensas de los glóbulos.”

“Quinta y última. La enfermedad de Addison, la extirpacion de las cápsulas suprarrenales, así como una enfermedad especial frecuente en los conejos, y que yo llamo enfermedad pigmentaria, presentan los mismos síntomas con diversos grados de intensidad.”

(*Archives générales de Medecine* 1856, tomo 2^o página 598.)

Estas conclusiones no debian ser adoptadas sin discusion; así es que se vió á todos los fisiólogos emprender experiencias que vinieron á echar por tierra las conclusiones de Brown-Séquard.

El primero que negó estas conclusiones fué Gratiolet, quien demostró que la muerte era debida á la herida del peritonéo ó del hígado, y no á la extirpacion de las cápsulas. El mismo año Philippeaux dedujo de sus experiencias, que la extirpacion de las cápsulas no trae necesariamente la muerte del animal; que cuando esta sobreviene es causada por la operacion, que determina una peritonitis ó una hepatitis; que las cápsulas no parecen ser órganos mas esenciales á la vida que el bazo y el *cuero tiroides*; que cuando no viene alguna de las complicaciones que hemos mencionado, el animal sigue viviendo como antes de la operacion.

El Dr. Berruti, de Turin, llegó á las mismas conclusiones que Gratiolet y Philippeaux.

Harley, contradiciendo la opinion de Gratiolet y Berruti, atribuye la muerte que sucede á la extirpacion de la cápsula derecha, no á la hepatitis, sino á la lesion del ganglio semilunar derecho; “por que, dice él, se sabe que el ganglio semilunar derecho, que es mas voluminoso que el izquierdo, se encuentra en el gato y en el perro inmediatamente arriba de la cápsula; mientras que á la iz-

quierda, se encuentra dentro del órgano, delante del pilar del diafragma; nada tiene pues de extraño que el sistema nervioso ganglionar, sea mas á menudo herido en la extirpacion de la cápsula derecha, y por lo mismo la muerte tiene que ser mas rápida.”

En 1858, Brown-Sèquard publicó una segunda memoria en la que, sin ser tan afirmativo como en la primera, niega las conclusiones de estos autores.

En resumen: dos son las teorías existentes hoy respecto al papel fisiológico de las cápsulas suprarrenales. La una, defendida por Brown-Sèquard, Darby y otros, atribuye un gran papel á estos órganos. En efecto, para estos autores, son órganos indispensables para la conservacion de la vida; admiten como muy probable, la existencia en la sangre de una sustancia dotada de la propiedad de transformarse en pigmento, atribuyendo como función principal de las cápsulas una modificación especial de esa sustancia, en virtud de la cual, pierde la propiedad de transformarse en pigmento. La otra, sostenida por Philipeaux, Gratiolet, Harley, Martin-Magron, Berruti, Schiff, rehusa una función tan importante á estos órganos, y sobre todo, les niega toda participacion en los fenómenos de la vida; ó al menos, si es que participan, es únicamente á causa de sus múltiples relaciones con el sistema nervioso.

En México me parece que el estudio de esta enfermedad deja aún mucho que desear, á juzgar, por lo menos, por trabajos relativos que hayan visto la luz pública: en cuanto á mí puedo decir, que solo conozco uno, y son las dos memorias presentadas por el Sr. Bandera á la Academia de Medicina y publicadas en la *Gaceta Médica*.

Desde el año de 1879 el Sr. Galan, en sus lecciones clínicas á la cabecera de los enfermos, nos habia llamado la atención sobre la frecuencia con que se presentan las lesiones del corazón en el mal de Addison. Estas notables indicaciones me inspiraron la idea del presente trabajo, que tengo la honra de sujetar al juicio de mi respetable jurado: trabajo que solo tiene por objeto dar á conocer algunas observaciones recojidas en los hospitales, y en las cuales hemos encontrado constantemente la coincidencia indicada por el Sr. Galan.

Veinticuatro son las observaciones consignadas en este estudio y que me han servido de punto de partida para mis investigaciones; advirtiéndome que algunas de estas observaciones son incompletas: en unas, solo se tiene la autopsia, sea porque los enfermos entraron al hospital casi agonizando, sea porque no se les pudo observar durante su vida por ser enfermos de otro servicio distinto de aquel en que hemos practicado; en otras, falta la inspección cadavérica por haber sucumbido los enfermos fuera del hospital.

No teniendo el tiempo ni los conocimientos indispensables para someter al exámen microscópico las cápsulas suprarrenales y demás piezas anatómicas que existen en mi poder; y siendo por otra parte, indispensable este estudio para apreciar debidamente el valor de las diversas teorías emitidas por los autores sobre la naturaleza de la enfermedad de Addison, me veo en la necesidad de hacer abstracción de ambos puntos, dejando á personas mas competentes este estudio que es de sumo interés.

ETIOLOGIA.

DIÉNDO la enfermedad de Addison una caquexia mas ó menos profunda, no es extraño que los autores hagan intervenir en su etiología todas las influencias debilitantes que se tiene costumbre de invocar como causa de los estados caquéticos; tales son, las emociones morales depresivas, los excesos de todo género, la alimentación insuficiente, las afecciones crónicas del estómago y del intestino, el impaludismo, etc: y aún hay autores, como Meckel, que creen, que estas causas son las únicas capaces de desarrollar la enfermedad, favoreciendo la tuberculizacion de las cápsulas suprarrenales.

Greenhow, ha sostenido que los ejercicios manuales son una causa predisponente de la enfermedad; las clases acomodadas casi nunca la presentan. Tanto á Meckel como á Greenhow, se les puede contestar con Bell que: si la enfermedad de Addison es mas frecuente en la clase proletaria es únicamente por que ella constituye el mayor número, y porque la generalidad de los casos publicados se refieren á enfermos observados en los hospitales, donde nunca penetran las gentes ricas. Varias observaciones prueban, en efecto, que la gente acomodada tambien la presenta; y yo he oído hablar de varios casos observados en la práctica civil.

El sexo masculino parece, segun la opinion de los autores europeos, llevar consigo una predisposicion relativa. Bell establece la proporcion de 3 hombres para 2 mujeres; Averbek, la de 16 para 9; Greenhow, de 3 á 1; Jaccoud en 127 casos, encontró 79 hombres y 48 mujeres; es decir, la relacion de 5 para 3. Nosotros no podemos establecer ninguna proporcion: pues, si bien es cierto, que encontramos en nuestras 24 observaciones 15 mujeres y solo 9 hombres, esto se explica por la circunstancia de ser servicio de mujeres en el que hemos practicado y donde hemos recogido la mayor parte de nuestras historias clínicas. En las memorias del Sr. Bandera, antes citadas, vemos señalados casi exclusivamente hombres; pero como el Sr. Bandera lo dice, su servicio era en una sala de hombres. Así es que, en el caso de querer deducir alguna conclusion del corto número de nuestras observaciones, nos limitariamos á la siguiente:

“En México, hasta el dia, no se cuenta con los datos necesarios, y fundados en observaciones competentes, para establecer si el sexo ejerce ó no, alguna influencia en el desarrollo de la enfermedad.”

En Europa, el mayor número de observaciones recojidas, ha sido en individuos de 15 á 30 años; como se ve claramente en el siguiente resumen de Jaccoud: de 3 á 10 años, se observó un solo caso; de 10 á 20, se observaron 24; de 20 á 30, 30; de 30 á 40, 31; de 40 á 50, 18; de 50 á 60, 8; de 60 á 70, 3. De este cuadro resulta, que la frecuencia de la enfermedad va aumentando hasta los 40 años y de allí en adelante disminuye rápidamente. Analizando nuestras observaciones resulta, al contrario, que el máximun está comprendido entre los 40 y los 60 años. He aquí el resumen: de 10 á 20 años, no consta ningun caso; de 20 á 30, 2; de 30 á 40, 3; de 40 á 50, 7; de 50 á 60, 8. A la misma conclusion llegamos estudiando las historias del Sr. Bandera: de 10 á 20 años 1 solo caso; de 20 á 30, 1; de 30 á 40, 5; de 40 á 50, 4; de 50 á 70, 8 casos. Pero como conclusion general, pierde casi todo su valor, si se considera la edad de los enfermos que generalmente entran á los hospitales; pues es excepcional encontrar niños, casi todos los pacientes son adultos, ó cuando menos, individuos que han pasado ya los primeros años de la juventud.

Nada tenemos que decir respecto á los ejercicios físicos y al clima; porque encontramos señalados casi todos los oficios y todos los climas, sin predominancia marcada en alguno de ellos.

Poca ó ninguna influencia, tambien debe tener la herencia; porque, á mas de que los autores europeos no la mencionan, nuestras observaciones tampoco nos autorizan para establecerla. Los únicos hechos á que pudieramos atribuir importancia, á este propósito son: 3 casos de cáncer, 1 de epilepsia y 1 de enfermedad del corazon, observados en los padres de los enfermos; y aun estos pierden todo su valor por no haber presentado los hijos síntomas que pudieran referirse á la enfermedad que padeció el padre.

Hay, sin embargo, un hecho que no queremos dejar pasar en silencio; y es, la frecuencia con que se ha presentado el alcoholismo en los padres de los enfermos, encontrandose señalado en 12 casos de los 15 en que se pudo interrogar á los enfermos sobre sus antecedentes.

Si es frecuente encontrar el alcoholismo en los antepasados de los enfermos, mas frecuente lo es en los enfermos mismos; pues casi no hay observacion en que no lo hayamos encontrado. Este hecho es tanto mas digno de atencion, cuanto que en Europa no sucede lo mismo, ni aun en Inglaterra donde es tan comun el alcoholismo. ¿El alcoholismo, pues, tiene alguna influencia sobre el desarrollo de la enfermedad de Addison; ó la coincidencia que observamos depende únicamente del gran desarrollo que ha tomado en nuestro país el alcoholismo? Dificil es resolverlo; sin embargo, no haciendose mencion del alcoholismo en las observaciones europeas, mas bien nos inclinamos á la segunda opinion; es decir, que si es tan comun el alcoholismo en el mal de Addison, esto depende únicamente de que, casi todos los enfermos que observamos en los hospitales son alcohólicos.

Hay otra cuestion de etiología que tambien tiene su importancia. ¿La enfermedad bronceada es primitiva ó es secundaria? Ambas formas han sido observadas: asi Jaccoud, en 98 casos en que pudo averiguarlo, ha encontrado 33 en que fué primitiva, desarrollándose en individuos cuya salud habia sido hasta entónces satisfactoria; en los otros 65 casos fué consecutiva á la escrófula, á la tuberculósia y al cáncer. Para nosotros es muy dificil resolver la cuestion; pues casi nunca hemos podido obtener de los enfermos datos ciertos sobre el principio de la enfermedad. Lo único que podemos decir es que, no hemos observado un solo caso en que se presente la astenia suprarenal aislada; siempre la hemos visto acompañada de otra enfermedad, como lo veremos al tratar de la anatomía patológica.

Jaccoud, dice, que en las mujeres, el principio de la enfermedad ha coincidido con una detencion súbita del periodo, producida por una impresion de terror; pero en cuanto á nosotros, solo hemos visto la suspension de las reglas en los casos en que las mujeres han pasado de la época crítica.

La raza que parece ser mas comunmente atacada es, segun nuestras observaciones, la mas numerosa en nuestros hospitales, la *mestiza*.

Esto es lo que podemos decir sobre la etiología de la enfermedad bronceada de Addison. Como se ve, no puede ser mas oscura; todo se reduce á presunciones mas ó menos fundadas, sin que los datos que poseemos, nos autoricen á establecer una tesis positiva.

ANATOMIA PATOLOGICA.

CUANDO se recorren los estudios que han sido publicados sobre la anatomía patológica de la enfermedad de Addison, se ve que, las alteraciones propias de la enfermedad se han localizado en tres órganos principales, que son: las cápsulas suprarenales, en primer lugar; los ganglios mesentéricos y la piel. Los autores señalan ademas, como lesiones secundarias, y como no teniendo ninguna relacion con la enfermedad, diversas afecciones pulmonares, hepáticas, intestinales, etc.

Pues bien: entre estas alteraciones, que los autores llaman secundarias, nosotros hemos encontrado algunas con una constancia tal, que llama la atencion; estas alteraciones son las alteraciones cardiacas. Pero si bien es cierto que en algunas autopsias de las mencionadas por los autores se indican diversas lesiones del corazon, estas son en muy corto numero; asi por ejemplo: Jaccud, cita un caso de pericarditis reciente en una observacion publicada por Addison; en otro caso se observó una hipertrofia general del corazon; en otro, una lesion mitral con adelgazamiento de los ventrículos; señala tambien un enfermo con reblandecimiento del corazon; y por último, ocho casos de degeneracion ó sobre-carga grasosa del corazon: total, 12 casos en 127 observaciones: proporcion, en verdad muy pequeña y que nos explica porque Jaccoud no da ninguna importancia á estas alteraciones. Mas no sucede lo mismo en nuestras observaciones, en las cuales no hay una sola en que no se señale alguna lesion del corazon, como veremos al hacer su análisis.

Al tratar nosotros la cuestion de anatomía patológica en el mal de Addison, pasaremos rápidamente sobre las alteraciones que los autores designan como características y nos detendremos de un modo especial en las lesiones del corazon.

Cápsulas suprarenales. Todas las alteraciones han sido marcadas en las cápsulas suprarenales desde la simple congestion hasta la degeneracion cancerosa; pero las mas comunes han sido la degeneracion tuberculosa, la caseosa ó escrofulosa, la cancerosa y la grasosa.

Cuando la degeneracion tuberculosa invade las cápsulas suprarenales casi nunca queda limitada á ellas; generalmente se presenta tambien en otros órganos, como el pulmon, bazo y ganglios linfáticos. Luego que las cápsulas sufren la degeneracion tuberculosa, su forma se altera, haciéndose irregular por el aumento desigual de sus diversos diámetros; su consistencia es variable, puede ser dura ó blanda, segun el grado de alteracion; la superficie de la cápsula toma un aspecto desigual; la degeneracion puede invadir toda la cápsula, ó solamente una pequeña porcion. Todos los grados de la tuberculosis han sido observados; desde la simple granulacion, hasta el estado regresivo y la supuracion: los tubérculos pueden existir en corto número, ó bien invadir de tal manera la glándula que no quede mas que una ligera capa de sustancia cortical envolviendo á la masa tuberculosa. Es raro que una sola cápsula esté alterada; generalmente lo están las dos, aunque en grados diversos. Los órganos que están cerca de las cápsulas son comprimidos, y aún puede resultar la atrofia de ellos por esa misma compresion. El exámen microscópico revela las mismas alteraciones que en cualquiera otro órgano tuberculoso.

La degeneracion caseosa ha sido descrita en las cápsulas, primero por Addison, que la consideraba como un producto de la diátesis escrofulosa; y despues por Virchow que dió la siguiente descripcion. "El desarrollo de las masas caseosas, sigue aquí la misma marcha que en los otros órga-

nos, principiando por la sustancia medular. Si se practica un corte á estas masas en una época en que el procesus no esté aún muy avanzado, se encuentran algunas veces en el centro de la sustancia medular pequeñas granulaciones grises. Estas, aumentando poco á poco de volumen, se hacen caseosas, se funden las unas en las otras, y así toman nacimiento estos focos voluminosos que se suelen encontrar en el cadáver. Con frecuencia sucede que el procesus queda parcial y entónces, haciendo un corte, se descubren restos de sustancia sana circunscribiendo á los focos caseosos. Otras veces, el procesus sigue una marcha invasora; nuevas granulaciones se desarrollan en las cercanías del foco central y se confunden con él, interesando tanto la sustancia cortical como la medular. En esta forma de desarrollo, desaparece poco á poco el tejido antiguo, y no queda mas que una masa caseosa que ocupa toda la glándula. En general esta masa no presenta una estructura homogénea, sino que toma un aspecto lobulado, y el número de las abolladuras está en relacion con el de las nudosidades primitivas. Estas masas tienen desde entónces una forma irregular, y su volumen es superior al del órgano, llegando á las dimensiones de una ciruela, ó al de un huevo de gallina, y presentando una consistencia muy firme.”

Esta degeneracion caseosa que, para algunos autores no seria mas que un producto de la diátesis escrofulosa, mientras que otros la consideran como siendo de origen tuberculoso, es, segun Demontrond, la mas comun de las alteraciones de las cápsulas.

La degeneracion cancerosa es mucho mas rara que las dos precedentes; ésta, lo mismo que la tuberculosa, puede invadir una sola, ó las dos cápsulas; toda la glándula ó solo una parte. No se sabe cual de las variedades de cáncer es la que se presenta con mas frecuencia, ni tampoco si afecta primitivamente á la glándula, ó bien es consecutiva á la alteracion de otro órgano.

La degeneracion grasosa se ha confundido muchas veces con la tuberculosa en su estado de regresion; en efecto, el aspecto exterior es el mismo en las dos, y solo el exámen microscópico puede decidir sobre su verdadero carácter.

Los autores han notado otras muchas alteraciones en las cápsulas, tales como la inflamacion, la hipertrofia, la atrofia, etc.; pero las que hemos indicado son las mas frecuentes.

Como antes lo hemos dicho, no hemos hecho el estudio microscópico de las cápsulas que poseemos; pero, en las cinco observaciones en que consta el aspecto macroscópico, hemos encontrado las siguientes alteraciones: en cuatro casos (obs. I. II. VII. XXIII.) las cápsulas han presentado una cavidad llena de un líquido color de sépia; en las observaciones VII y XXIII, habia, además, puntos de un color amarillo en las paredes de la cavidad. En el enfermo de la observacion XXI, la alteracion es mas marcada, y el estado de las cápsulas, segun la observacion, es el siguiente: las dos cápsulas tienen un aspecto gelatiniforme, de un color blanco, presentando en su parte central un cuerpo irregularmente oval, de un color amarillo canario al exterior, que en el corte se cambia en un color rojizo muy marcado.

Las dimensiones de las cápsulas en estos cinco enfermos han sido mayores que las que da Martineau como propias á la edad adulta: en efecto, Martineau asigna al diámetro vertical 27 milímetros y al transversal 35; mientras que en nuestras observaciones, las dimensiones han sido las siguientes: observacion I, diámetro transversal, 50 milímetros, vertical 40; obs. II, transversal, 60 milímetros, vertical 40; obs. VII, transversal, 50 milímetros, vertical 40 para la cápsula izquierda; para la derecha, el transversal de 40 milímetros, vertical 30; obs. XXIII, se dice que el tamaño parece normal.

Al lado de estos casos de mal de Addison que coinciden con una lesion de las cápsulas, hay otros en los cuales estos órganos se han conservado intactos; y algunos otros mas, en que no obstante la alteracion capsular, los enfermos no han presentado durante su vida los síntomas característicos de la melanoderma asténica. (1.)

(1) Poseemos la observacion de una enferma, que sucumbió á una cirrosis hepática, sin haber presentado nunca algo que de lejos siquiera, simulara la enfermedad de Addison. Pues bien, á la autopsia de esta mujer, entre otras lesiones que no son del caso, nos encontramos la cápsula suprarenal izquierda sustituida por un tumor, que tendria el tamaño de un huevo de gallina, de color blanco amarillento, de una consistencia dura y que estaba adherido al riñon por una parte, y al bazo por otra. Siento no poder dar la historia detallada del caso, pues es una observacion que presenta muchos puntos dignos de estudio.

Pigmentación-Estado de la sangre. Los autores convienen en que la coloración de la piel es debida á una acumulacion de materia pigmentaria en el tegumento; pero difieren en cuanto al sitio preciso en que se hace este depósito de pigmento. Para Vulpian y Cornil, el pigmento ocupa únicamente la capa mas profunda del cuerpo mucoso de Malpighi; y esta materia pigmentaria no está contenida en celdillas pigmentarias; sino que se presenta bajo la forma de elementos granulosos amarillentos, ó bien bajo la forma de granulaciones negras muy finas. Chate-lain y Robin, creen que el pigmento se deposita de preferencia en las celdillas epidérmicas superficiales, como se podria asegurar raspando el epitelio. Se ve, segun esto, que el sitio de la coloración puede variar segun los individuos; porque seria aventurado suponer que haya habido error en estos diversos exámenes, hechos por personas tan competentes. Así es que, en lugar de decir que la coloración bronceada es debida á una infiltración pigmentaria de las capas mas inferiores del cuerpo mucoso de Malpighi, tal vez seria mejor no ser tan absoluto sobre el particular, y decir, que la pigmentación ó la acumulacion de materia pigmentaria, se puede verificar en toda la capa epidérmica.

El exámen de la sangre pocas veces se ha hecho; y las alteraciones observadas han sido nulas ó insignificantes. En algunos enfermos no ha habido ni aumento, ni disminucion de los glóbulos blancos; en otros, estos corpúsculos han aumentado en número, ó bien se han encontrado deformados: lo mismo ha sucedido con los glóbulos rojos; unas veces han aparecido con sus caracteres normales, otras descoloridos y en algunas otras deformados. Pero hay un hecho perfectamente demostrado por todos los observadores, y que es muy importante tener presente para el diagnóstico; y es, que en ningun caso de enfermedad de Addison, se ha podido encontrar materia pigmentaria, ni cristales de hematoïdina en la sangre.

Lesiones de los otros órganos abdominales. Las alteraciones que se han observado en estos órganos son muy variadas é irregulares. En el tubo digestivo, la lesion mas comun ha sido, segun Guermontprez, la tumefaccion con infiltración grasosa de los folículos aislados y de las placas de Peyer. Nieszkowski y Jeannin hacen notar que, en muchos casos de enfermedad de Addison, la lesion principal ha consistido en la tumefaccion, ó en la degeneración caseosa de los ganglios mesentéricos, sin ninguna alteración de las cápsulas suprenales.

En la generalidad de nuestras autopsias falta el exámen del tubo digestivo, y las pocas veces que ha sido estudiado, la única alteración que ha presentado es la enteritis crónica.

Los autores europeos señalan como bastante comun, el reblandecimiento del bazo, ó bien su congestión, y tambien, la degeneración amiloidéa. Nosotros hemos encontrado dos veces reblandecido el bazo (obs. I y XVI); otras tres con desarrollo exagerado del tejido conjuntivo, lo que aumentaba su consistencia, (obs. V, VII y XXI); y en uno, congestionado (obs. XII).

Mas comunes han sido en nuestras autopsias las lesiones hepáticas; pues solo una vez hemos visto al hígado conservar su apariencia normal. En cuatro casos, hemos encontrado la degeneración grasosa del hígado, (obs. II, V, X y XXI); en los otros cuatro casos, la degeneración grasosa estaba acompañada de un estado congestivo, que le daba el aspecto de hígado muscado, (obs. I, VII, XII y XXIII).

El estado congestivo del riñon lo notamos en el enfermo de la observación II; en los otros cinco casos en que se examinó, aparecieron las lesiones propias del mal de Bright ya en su primer periodo, obs. VII, XVI y XXIII; ya en su segundo periodo, obs. I y V.

Por último; los autores europeos citan entre las lesiones propias de enfermedad de Addison, las que se refieren al sistema nervioso, y sobre todo, al gran simpático abdominal. Estas lesiones son variadas; porque, ó bien, es una hipertrofia de los ganglios semilunares del plexus solar y de los nervios que de él dependen; ó bien, la atrofia, ó la degeneración grasosa de los mismos ganglios.

Habiendo pasado rápidamente en revista las alteraciones anatómicas mencionadas por los autores en la enfermedad de Addison, vamos ahora á proceder al análisis de otras lesiones consignadas en nuestras nueve autopsias.

Cavidad craneana. Solo en cinco casos consta el estado de los órganos contenidos en la cavi-

dad craneana, no habiéndose examinado en los otros cuatro. He aquí el resultado de la observacion.

La primera lesion que hemos observado consiste en la inyeccion general de las meninges, que vemos anotada en las cinco autopsias (obs. I, II, V, VII y XXIII). Las otras alteraciones de las meninges son menos constantes: en tres casos, (obs. I, II y V), habia una pequeña cantidad de líquido citrino en la cavidad aracnoidéa; derrame que tal vez fué puramente agónico, dada su pequeña cantidad y su limpidéz perfecta: en dos casos, (obs. II y VII), el espesor y la consistencia de la dura-madre estaban aumentados.

Un poco mas notables y variadas son las alteraciones que hemos encontrado en el cerebro.

En el enfermo de la observacion II, que murió en un ataque de delirium tremens, el cerebro era notable por su gran desarrollo y por su peso, que era de 1.350 gramos. En este enfermo, así como en el de la observacion V, el cerebro daba, además, idea de un cerebro en maceracion.

Aquí, como en las meninges, es comun, casi constante, la congestion que hemos visto en sus dos formas: estado cribado, (obs. I, II y XXIII); ó en el estado de arenillas (obs. VII y XXIII).

El estado anémico, que algunos autores dicen ser frecuente en el mal de Addison, solo tuvimos ocasion de observarlo en el enfermo número 5.

En dos casos, (obs. I y VII), encontramos una alteracion de los vasos, consistente en que estaban obstruidos por un émbolo; en el número 1, este émbolo ocupaba la arteria silviana derecha; en el enfermo número 7, el émbolo, formado por un cuerpo que tenia un aspecto muy semejante al de los cuerpos encontrados en la aurícula izquierda del corazon, estaba obstruyendo la arteria silviana izquierda.

Las otras alteraciones del cerebro han sido insignificantes: en tres casos el cerebelo, y en dos el cuerpo caloso, han parecido reblandecidos.

La médula espinal, solo fué examinada en la observacion VII; y la única alteracion ostensible que se encontró fué, una coloracion verde oscura, tachonada de puntos negros y limitada á las meninges medulares.

Pulmones. Muchas y variadas son las lesiones pulmonares que hemos encontrado. Hay, desde luego, un estado particular en la coloracion de los pulmones, que no es raro encontrar en los enfermos que sucumben al mal de Addison, y que consiste en una acumulacion de materia pigmentaria sobre la superficie ó el interior mismo de la sustancia pulmonar. La distribucion del pigmento no es uniforme; se hace bajo la forma de manchas negras, de figura y dimensiones variadas, separadas unas de otras por espacios en los cuales el pulmon conserva su color normal; dando á la vista la idea de un gran número de moscas que estuvieran posadas sobre la superficie pulmonar; lo que nos ha hecho designar este estado con el nombre de *aspecto mosqueado del pulmon*. Esta acumulacion de la materia pigmentaria en el pulmon, que ya ha sido señalada por los autores europeos, la encontramos en las observaciones I, II y VII.

Los tubérculos pulmonares, en el caso de que tratamos, sin tener la frecuencia que en Europa, no son, sin embargo, raros; pues los hemos visto en cuatro casos, (obs. X, XII, XVI y XXI). Y si se tiene en cuenta que la tuberculosis es rara relativamente entre nosotros, se ve que el número de casos en que la hemos observado, nos autoriza para llamarla frecuente en la enfermedad de Addison.

En un caso, (obs. XII), hemos encontrado los tubérculos acompañados de la pleuresia purulenta; pero mas comunmente hemos visto esta pleuresia sin tubérculos, (obs. I, VII y XXIII).

En cuatro casos, la muerte fué causada probablemente por la pulmonia, que llegó á su tercer periodo, (obs. I, XII, XXI y XXIII).

Las otras alteraciones pulmonares que hemos encontrado han sido menos frecuentes; como puede verse por el siguiente resúmen: enfisema, 3 casos; obstruccion de los pequeños vasos, 2; cirrosis pulmonar, 1 y bronquitis capilar, 1.

Corazon. Para tratar de las lesiones cardiacas que hemos encontrado en nuestras observaciones de mal de Addison, creemos conveniente hacer preceder este estudio de algunas consideraciones sobre la manera de proceder al exámen del corazon en el cadáver, por ser de grande importancia en la interpretacion de las lesiones anatomo-patológicas.

Pericardio. En cinco casos, (obs. II, X, XII, XVI y XXIII), al abrir el pericardio, se encontró una pequeña cantidad de líquido citrino, que nos inclinamos á calificar como un fenómeno puramente agónico, vista su corta cantidad y su transparencia. En un caso, (obs. VII), no hubo líquido ninguno; y en tres, (obs. I, V y XXI), no se supo si lo habia.

El pericardio parietal, la única alteracion que ha presentado es: la inyeccion fina de sus vasos, (obs. V, XII, XVI y XXIII), ó bien un aumento de su espesor y una opacidad mayor que la normal, (obs. I, X y XXI): en la enferma de la observacion XII, estaba adherido á las dos pleuras, adherencias que parecian antiguas; lo mismo que en la observacion XXIII; solo que, en esta habia, ademias, un gran número de pequeñas equimosis.

En el pericardio visceral son mas importantes y manifiestas las alteraciones.

Desde luego llama la atencion la frecuencia con que se ha presentado la sobre-carga grasosa del corazon que vemos señalada en seis casos: obs. I, II, V, XII, XVI y XXIII. Generalmente, la grasa se acumula de preferencia en los surcos aurículo-ventriculares é inter-ventriculares; asi como, en la punta y en el borde derecho. Esta grasa que, casi siempre ocupa las dos caras, es algunas veces tan considerable, que apénas se puede ver el tejido propio del corazon.

Hay otras lesiones que nos indican una alteracion mas manifiesta del pericardio: estas consisten en el desarrollo exagerado de sus vasos que se dibujan algunas veces hasta en sus mas finas ramificaciones, (obs. I, II, V, X, XII, XXI y XXIII): ó bien, en la existencia de placas lechosas de forma y dimensiones variables, que ocupan las caras anterior y posterior del corazon; teniendo algunas veces el aspecto de la albumina coagulada, en otras una apariencia fibrosa; separándose á veces con facilidad, y en otras ocasiones adhiriéndose fuertemente, (obs. I, II, V, X, XXI y XXIII).

Coincidiendo con la existencia de placas lechosas, ó bien independientemente de ellas, como sucede en las observaciones XII y XVI, el pericardio presenta un aspecto nebuloso, como si le hubieran dado una capa de barniz blanco. Estas nebulosidades ocupan de preferencia el trayecto de los vasos formádoles una especie de vaina.

En dos observaciones, I y XVI, vemos señalada la presencia de una equimosis de dos centímetros de extension; ocupando en el núm I, el surco inter-ventricular por la cara posterior; y en el XVI, está colocada en la cara anterior del ventrículo izquierdo.

En la observacion núm. VII, encontramos descrita una alteracion muy curiosa del pericardio que no hemos visto mencionada en los libros. La descripcion, tal como consta en la observacion, dice asi: "A la simple vista se ven un gran número de masas cuya forma se parece á la de los ganglios linfáticos; encontrándose colocadas al derredor de los vasos de la base del corazon, de la traquea, etc; pero sobre todo, debajo de una parte que parece ser el pericardio. Estas masas presentan á la vista un aspecto caseoso; pero al cortarlas, por su aspecto blanco mate y su consistencia, recuerdan mas bien, el aspecto de lo que ha sido descrito por Robin bajo el nombre de *tumores embrioplásticos*. El pericardio está sumamente espeso; forma al nivel del ventrículo derecho una cavidad, y en el resto de su extension está tan adherido á las masas descritas y á la fibra muscular, que es imposible separarlo. Abriendo la cavidad del ventrículo izquierdo, con el objeto de darse una cuenta mas exacta del estado del pericardio, y de la disposicion de los tumores, llama desde luego la atencion el gran espesor de las paredes ventriculares, que tienen 3 centímetros en su base, siendo 2 de fibra muscular; en la punta este espesor es de 25 milímetros, de los cuales 5 únicamente son de músculo; el resto está constituido por el pericardio y los cuerpos ya descritos. Esta pared ventricular está formada de tres capas: una externa ó periférica, constituida por el pericardio adherido, de 4 milímetros de espesor; otra media, formada por los tumores mencionados; y por último, la interna constituida por la fibra muscular; esta capa es muy gruesa en la base y apénas marcada en la punta."

Vemos por la exposicion que precede, que en nuestras autopsias de mal de Addison, son un hecho constante las alteraciones del pericardio; consistiendo estas sea en la existencia de placas lechosas, como restos de antiguas pericarditis; ó bien en la inyeccion de los vasos y el estado nebuloso de esta membrana serosa, que nos indican una pericarditis reciente. La existencia simultánea de estas dos clases de alteraciones nos está demostrando que, en la mayor parte de nues-

tros enfermos, se han desarrollado varias pericarditis sucesivas; ó de otro modo, pericarditis de repetición.

Veremos al ocuparnos de la sintomatología, que los restos de antiguas pericarditis, no solo se han reconocido en todos los enfermos que han sucumbido, sino en todos los que hemos observado.

Debemos dejar consignada también, la existencia de las equimosis, porque puede tener su importancia; como lo veremos al tratar de la causa de la muerte en los enfermos de mal de Addison.

También debemos llamar la atención á la sobre-carga grasosa del corazón que, tal vez sea debida sino en todo, en su mayor parte, al alcoholismo que hemos dejado ya indicado en nuestros enfermos.

Para apreciar con mas exactitud las otras alteraciones que haya presentado el corazón en nuestras observaciones, haremos primero un estudio analítico de cada una de ellas; para despues, resumir los resultados que hayamos obtenido, como lo hemos hecho con el pericardio.

Obs. 1^ª Al examinar el corazón de este enfermo, lo primero que llama la atención es su forma, que se acerca á la circular; y cuya alteración es debida al desarrollo exagerado del ventrículo derecho, que se deprime además, al colocar el órgano sobre la mesa. Con estos dos datos ya se puede sospechar la dilatación del ventrículo derecho, y el adelgazamiento de sus paredes; cuya sospecha adquiere mas valor cuando se practica la mensuración del corazón que nos dió un diámetro transversal (175 milímetros), mayor que el longitudinal (160 milímetros). En el ventrículo izquierdo se presenta á nuestra vista lo que hemos convenido en llamar, al hacer nuestras autopsias, *estado de erección muscular*; es decir, *un estado particular de la fibra muscular, que presenta el aspecto de contracción y que no es, sino una verdadera condensación de tejido, como se ve en los casos de muerte violenta y especialmente en los decapitados*. Inspeccionando las cavidades y los orificios nos encontramos con las siguientes alteraciones: aumento de la cavidad del ventrículo izquierdo, sin haber aumentado ni disminuido el espesor de la fibra muscular; restos de una antigua endocarditis que ha dejado como prueba de su paso el engrosamiento, el recogimiento y estado rugoso de la válvula mitral, y las concreciones fibrinosas de que se hace mención en la historia. A pesar de ese estado de la mitral, no podemos decir que esta válvula sea insuficiente. En cuanto á la aorta, debemos decir lo mismo; porque si bien es cierto, que el aumento considerable de su circunferencia (84 milímetros en lugar de 67) y las desgarraduras de su borde libre nos inclinarian á admitir la insuficiencia; en cambio, la prueba del agua, que tan decisiva es en los casos de insuficiencia arterial, nos está diciendo que las sigmoidéas aórticas se despliegan bien.

Si la determinación de la suficiencia ó insuficiencia es difícil, y aun dudosa en la mitral y en la aorta, no sucede lo mismo en la tricúspide, en donde, es evidente la insuficiencia. En efecto, la prueba del agua, el estado de las válvulas, así como, el aumento considerable de la circunferencia, (127 milímetros en lugar de 104), nos demuestran que estas válvulas no podian cerrar bien el orificio durante la vida.

La dilatación del ventrículo derecho y el adelgazamiento de sus paredes, que ya habíamos sospechado al examinar el exterior del corazón, se hace indudable luego que se abre la cavidad.

En el orificio pulmonar, y aún en una parte de la arteria, se nota una coloración roja intensa, que no desaparece por el lavado; en las válvulas sigmoidéas existen además, algunas pequeñas desgarraduras colocadas cerca de su borde libre.

Si se recorre la observación de este enfermo, se verá que durante la vida, se observó en la base del corazón un soplo diastólico que se propagaba hácia la clavícula izquierda; es decir, un soplo que indicaba la insuficiencia pulmonar. ¿Pero este soplo, era en efecto producido por una insuficiencia pulmonar, que dejó como prueba de su paso los pequeños orificios encontrados en la autopsia; ó era, mas bien, producido por una simple inflamación de la arteria, como nos lo haria creer el enrojecimiento intenso de sus paredes? No es fácil dar una solución categórica á esta cuestión; pero nos inclinamos mas á lo segundo; porque lo único que en la autopsia pudiera hacer creer en la insuficiencia, que son los pequeños agujeros de las válvulas, pierde mucho de su valor cuando se tiene en cuenta su tamaño y el punto en que están colocados.

Obs. 2.^a Lo mismo que en la observacion anterior, el corazon tiene una forma que se acerca mucho á la circular por desarrollo exagerado del ventrículo derecho: ventrículo izquierdo en *estado de ereccion muscular*; el derecho no se deprime al colocarlo sobre la mesa.

Abriendo las cavidades se nota una ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo; restos de una antigua endocarditis en la válvula mitral, que, como en la observacion anterior, no produjo la insuficiencia valvular. En la aorta, podemos admitir la existencia de dos lesiones: la inflamacion reciente de la arteria, que ha dejado como prueba de su paso el enrojecimiento persistente, tanto interno como externo; y la insuficiencia aórtica que se nos manifestó en el cadáver, por las desgarraduras de las sigmoideas, el aumento de la circunferencia del orificio, (70 milímetros) y la prueba del agua.

En el ventrículo derecho la dilatacion de la cavidad y el adelgazamiento de sus paredes son indudables. La válvula tricúspide presenta los restos de una endocarditis reciente y los de otra antigua: el enrojecimiento persistente apesar del lavado, nos indica la primera; las alteraciones de la válvula, su engrosamiento y recogimiento, nos manifiestan la segunda. No tenemos prueba cierta de la insuficiencia tricúspide; pues aun cuando el orificio esté aumentado, el hecho de no ser muy considerables las alteraciones valvulares, y la prueba del agua, nos demuestran que las válvulas funcionaban bien durante la vida.

La arteria pulmonar se encontró perfectamente normal.

Obs 5.^a En esta observacion carecemos de las dimensiones del corazon, y solo nos dice la historia, que el ventrículo derecho se deprime al colocarlo sobre la mesa; y que al contrario el ventrículo izquierdo, se presenta en *estado de ereccion muscular*.

Si se examina atentamente el estado del endocardio, dos hechos llaman la atencion; el enrojecimiento señalado en el ventrículo derecho, la aorta, y la pulmonar; y el color blanco, la opacidad, y el engrosamiento que se mencionan en todas las válvulas. Si tratamos de apreciar el valor del enrojecimiento, necesitamos distinguir el que está colocado en el ventrículo derecho y en la aorta, del que existe en la pulmonar: el primero, no tiene un gran valor, por ser un fenómeno causado por la imbibicion cadavérica; como lo prueba el hecho de haber desaparecido por el agua: mas no sucede lo mismo con el segundo, el de la pulmonar; pues nos indica la existencia de una endocarditis reciente ó, mejor dicho, de una inflamacion de la arteria pulmonar.

El otro estado del endocardio, nos manifiesta la existencia de una endocarditis ya antigua, que se localizó sobre todo, en los orificios aurículo-ventriculares, produciendo la insuficiencia mitral y la insuficiencia tricúspide. En la aorta, existen placas calcareas producidas por el ateroma.

Ademas de las lesiones mencionadas, debemos añadir, el color particular de la fibra muscular; que, sin darnos una prueba cierta, sí nos da fuertes presunciones en favor de la degeneracion grasosa de la fibra muscular del corazon

En esta, lo mismo que en la observacion anterior, la dilatacion del corazon derecho y el adelgazamiento de sus paredes, nos parecen indudables.

Obs. 7.^a En la presente, como en otras muchas de nuestras observaciones, encontramos el endocardio de un color blanco, de un espesor mayor que el normal, separándose en unos puntos con facilidad y en otros con dificultad. Esta alteracion del endocardio se ha localizado, sobre todo, al nivel de las válvulas aurículo-ventriculares, produciendo, en la mitral un aumento en la consistencia de la válvula, y en su borde libre, los condilomas mencionados en la historia. Estas alteraciones de la válvula, unidas al aumento de la circunferencia del orificio, hacen probable la insuficiencia mitral: en la válvula tricúspide, todavia es mas manifiesta la insuficiencia; pues el orificio mide 120 milímetros y la válvula posterior está reducida á un simple borde.

En la aorta y en la pulmonar, las alteraciones son insignificantes, con excepcion del ateroma señalado en la primera.

El ventrículo izquierdo está hipertrofiado; el derecho conserva su espesor normal, pero su cavidad está muy dilatada: lo mismo sucede con la aurícula derecha, en cuyas paredes existen dos pequeños cuerpos semejantes á granos de arroz, colocados, á lo que parece, debajo del endocardio

y teniendo un aspecto muy parecido al de los tumores que hemos descrito en el pericardio de esta observacion.

Obs. 10^ª En este enfermo, el surco inter-ventricular del corazon tenia, en la cara posterior del órgano, una direccion particular; porque, en lugar de seguir una línea ligeramente curva, como en el estado normal, seguía una línea quebrada, dando por resultado que, en la parte superior del corazon el ventrículo izquierdo invadia la region del derecho, mientras que, en la parte inferior el derecho era el que invadia al ventrículo izquierdo, redondeando la punta del órgano. El ventrículo izquierdo se presentaba en el *estado de ereccion muscular*; mientras que el derecho se veia deprimido.

Si pasamos al estudio de las cavidades tropezamos con una dificultad de apreciacion: porque, ¿Que valor debemos dar á la coloracion roja que existe en casi todas las cavidades? ¿Es un fenómeno puramente cadavérico, ó es el resultado de una inflamacion reciente? Este es uno de aquellos casos en que la duda es permitida, dada la existencia de los coágulos negros que se mencionan en la historia. Sin embargo, si atendemos al punto ocupado por el enrojecimiento, que es, sobre todo el lugar en donde se unen el endocardio auricular con el ventricular y de ninguna manera las partes declives; si á esto agregamos que el enrojecimiento no desaparece por el lavado; y si, por último, tenemos en cuenta el estado nebuloso del endocardio ventricular, asi como el aspecto granuloso de la arteria pulmonar y el despulimento de la superficie interna de la aorta, veremos que nos sobran razones para creer que el enrojecimiento es el resultado de una endocarditis reciente.

Tanto la aurícula como el ventrículo izquierdo están ligeramente hipertrofiados; mientras que el corazon derecho está dilatado y sus paredes adelgazadas.

En los orificios, la única alteracion bien demostrada es la insuficiencia de la válvula tricúspide. La superficie interna de la aorta presenta las lesiones del ateroma.

Obs. 12^ª De todos los casos de mal de Addison en que hemos practicado inspeccion cadavérica, este es, quizá, el que menos alteraciones ha presentado en el corazon; pues con excepcion de la dilatacion del corazon derecho y de la hipertrofia del ventrículo izquierdo, podemos considerarlo como normal. La dilatacion del corazon derecho, que se podia sospechar á la simple vista dada la forma oval del órgano, el desarrollo tan considerable del diámetro transversal (130 milímetros), y la depresion del ventrículo derecho; se confirmó al abrir ésta cavidad, encontrándose ademas, un adelgazamiento de las paredes ventriculares: pero apesar del adelgazamiento de las paredes, los trabéculos formados por las columnas carnosas estaban muy desarrollados. Es bueno tener presente este estado de las columnas carnosas, porque segun el Sr. Galan, sirve para compensar la debilidad que resulta de la dilatacion; es pues, una especie de hipertrofia parcial compensadora.

La hipertrofia del ventrículo izquierdo se manifiesta por el aumento de su cavidad y el espesor de sus paredes, que es de 28 milímetros, sin contar la grasa.

Obs. 16^ª Forma oval por desarrollo del diámetro transversal; *estado de ereccion muscular* en el ventrículo izquierdo, depresion del ventrículo derecho.

La cavidad del ventrículo izquierdo parece disminuida de tamaño; las paredes conservan su espesor normal. En la válvula mitral los restos de una endocarditis reciente, y los de una antigua, si haber insuficiencia pos-mortem.

Las alteraciones que presenta la aorta son tres, y todas muy importantes: La insuficiencia que se manifiesta por el aumento de la circunferencia, por el estado de las válvulas, sobre todo la interna, que están recojidas, que han perdido su elasticidad y que presentan desgarraduras en su borde libre; y por último, la prueba del agua: La segunda alteracion aórtica es su inflamacion reciente, como lo demuestra el enrojecimiento que no desaparece con el lavado: La tercera lesion consiste en las placas de ateroma.

La dilatacion del corazon derecho y el adelgazamiento de sus paredes, asi como la insuficiencia tricúspide nos parecen indudables.

Obs. 21^ª Lo mismo que en otras muchas de nuestras observaciones, el ventrículo izquierdo presenta el *estado de erección muscular*, y el derecho se deprime al colocarlo en la plancha.

El ventrículo izquierdo presenta un aumento considerable en el espesor de sus paredes, que miden 27 milímetros, conservando, sin embargo su capacidad normal. Con excepción del ateroma, que existe en la pared interna de la aorta, las válvulas mitral y aórtica no presentan alteración claramente patológica.

En el corazón derecho las alteraciones son más importantes: porque existe la dilatación del ventrículo derecho acompañada del adelgazamiento de sus paredes; la insuficiencia tricúspide nos la están indicando, el aumento de la circunferencia y el estado de las válvulas, que todas están gruesas, opacas y además, la posterior adherida á las paredes ventriculares.

Existe una coloración roja en la válvula pulmonar que no desaparece con el lavado. La fibra muscular de los ventrículos tiene un color amarillento que nos hace sospechar la degeneración grasosa.

Obs. 23^ª Forma que propende á la circular por desarrollo del ventrículo derecho, el cual no se deprime; *estado de erección muscular* del ventrículo izquierdo.

En el corazón izquierdo nos apercibimos de la existencia de las cuatro lesiones siguientes: la hipertrofia del ventrículo izquierdo; la insuficiencia mitral demostrada por el aumento de la circunferencia (100 milímetros), por el engrosamiento de su válvula anterior y la desaparición de la posterior, que está reducida á un simple borde; el ateroma aórtico; y, por último, una endocarditis reciente que dejó como huella el enrojecimiento persistente y la opacidad del endocardio, observados en la aorta y en las paredes del ventrículo y aurícula izquierdos.

La insuficiencia de la tricúspide, la dilatación y adelgazamiento del ventrículo derecho nos parecen indudables.

En resúmen: vemos por el análisis que acabamos de hacer, que las lesiones del corazón en la enfermedad de Addison, son constantes en su existencia pero variables en su naturaleza. Con excepción de los estrechamientos, hemos observado todas las demás lesiones; pero en medio de esta gran variedad hay una que predomina notablemente y es la dilatación del corazón derecho; dilatación que ha existido en nuestras nueve autopsias y que se acompaña generalmente de la insuficiencia tricúspide y del adelgazamiento de las paredes ventriculares. Solo en las observaciones VII y XXIII ha faltado el adelgazamiento, y la insuficiencia no se presentó en las observaciones II y XII. En varias observaciones (II, X, XVI y XXIII), al lado de las lesiones propias de la endocarditis reciente vemos indicadas las de la endocarditis antigua; es pues probable que en estos enfermos, se produzcan endocarditis sucesivas que hemos llamado endocarditis de repetición. Estas endocarditis de repetición podrían, según el Sr. Galan, darnos la explicación en muchos casos de la dilatación del corazón derecho: porque si se recuerda la ley de Stokes, á saber: *que los planos musculares subyacentes á una membrana mucosa ó bien serosa inflamada, tienen tendencia á paralizarse*; y si se hace la aplicación al corazón, puede admitirse que el primer efecto de una endocarditis será la paresia del ventrículo derecho; esta paresia producirá la relajación del músculo, y la relajación determinará, como último resultado, la dilatación del ventrículo derecho causada por la acumulación de la sangre en su cavidad, y por la pérdida de la elasticidad que pudieramos llamar resorte del músculo. Si esto pasa con el ventrículo derecho y no con el izquierdo, es debido únicamente á la mayor energía del segundo, que le permite luchar ventajosamente contra los obstáculos que se le presenten.

el ventrículo izquierdo, el cual no se deprime; estado de erección muscular del ventrículo izquierdo. En el corazón izquierdo nos apercibimos de la existencia de las cuatro lesiones siguientes: la hipertrofia del ventrículo izquierdo; la insuficiencia mitral demostrada por el aumento de la circunferencia (100 milímetros), por el engrosamiento de su válvula anterior y la desaparición de la posterior, que está reducida á un simple borde; el ateroma aórtico; y, por último, una endocarditis reciente que dejó como huella el enrojecimiento persistente y la opacidad del endocardio, observados en la aorta y en las paredes del ventrículo y aurícula izquierdos. La insuficiencia de la tricúspide, la dilatación y adelgazamiento del ventrículo derecho nos parecen indudables. En resúmen: vemos por el análisis que acabamos de hacer, que las lesiones del corazón en la enfermedad de Addison, son constantes en su existencia pero variables en su naturaleza. Con excepción de los estrechamientos, hemos observado todas las demás lesiones; pero en medio de esta gran variedad hay una que predomina notablemente y es la dilatación del corazón derecho; dilatación que ha existido en nuestras nueve autopsias y que se acompaña generalmente de la insuficiencia tricúspide y del adelgazamiento de las paredes ventriculares. Solo en las observaciones VII y XXIII ha faltado el adelgazamiento, y la insuficiencia no se presentó en las observaciones II y XII. En varias observaciones (II, X, XVI y XXIII), al lado de las lesiones propias de la endocarditis reciente vemos indicadas las de la endocarditis antigua; es pues probable que en estos enfermos, se produzcan endocarditis sucesivas que hemos llamado endocarditis de repetición. Estas endocarditis de repetición podrían, según el Sr. Galan, darnos la explicación en muchos casos de la dilatación del corazón derecho: porque si se recuerda la ley de Stokes, á saber: que los planos musculares subyacentes á una membrana mucosa ó bien serosa inflamada, tienen tendencia á paralizarse; y si se hace la aplicación al corazón, puede admitirse que el primer efecto de una endocarditis será la paresia del ventrículo derecho; esta paresia producirá la relajación del músculo, y la relajación determinará, como último resultado, la dilatación del ventrículo derecho causada por la acumulación de la sangre en su cavidad, y por la pérdida de la elasticidad que pudieramos llamar resorte del músculo. Si esto pasa con el ventrículo derecho y no con el izquierdo, es debido únicamente á la mayor energía del segundo, que le permite luchar ventajosamente contra los obstáculos que se le presenten.

SINTOMATOLOGIA.

Forma comun ó clásica. Generalmente se acostumbra distinguir tres periodos en la forma ordinaria de la enfermedad bronceada de Addison: periodo inicial, periodo de estado, y periodo caquéctico.

I. *Periodo inicial.* En esta forma de la enfermedad el principio es insidioso; generalmente pasa desapercibido del enfermo y aun del médico. En efecto, los principios de la enfermedad se pueden reasumir en tres tipos que llamaremos con Guérmonprez, tipo asténico, tipo gástrico ó doloroso y tipo melanodérmico.

1º *Tipo asténico del principio.* En este, lo primero que llama la atención del enfermo, es una debilidad que, al principio ligera y perfectamente compatible con las ocupaciones del individuo, va aumentando progresivamente hasta el punto de que el menor esfuerzo muscular es seguido de una fatiga insólita, que obliga al enfermo á permanecer en una inacción completa. Este estado de debilidad física contrasta con el estado moral que conserva toda su energía: no hay disgusto por el trabajo, sino imposibilidad física de trabajar. Lo que caracteriza esta debilidad, lo que le dá un gran valor, es que no se encuentra la explicación en ninguna parte del organismo; por mas que se busca, por mas que se interroga al enfermo, no se sabe á que referir la astenia que presenta el individuo.

Este estado inicial lo observamos nosotros en Pascual Diaz, (obs. XIV). En él, después de un periodo de embriaguez, hace ocho meses, se presentaron los síntomas de un catarro gastro-intestinal que duró quince días y que probablemente no tuvo mas relación con el principio de su enfermedad actual que el de una causa ocasional. Sea lo que fuere sobre esto, lo cierto es que al cabo de un mes, empezó á sentir que sus fuerzas disminuían poco á poco, llegando la debilidad á un grado que acabó por impedirle todo trabajo. Junto con esto, apareció otro síntoma de que apenas se hace mención en algunas de las observaciones europeas que conocemos; y fué un adormecimiento que al principio limitado á los dedos de la mano izquierda, se extendió poco á poco hasta hacerse general.

2º *Tipo gástrico ó doloroso.* En este segundo tipo, los fenómenos que abren la escena son diversas perturbaciones gástricas ó gastro-intestinales acompañadas de dolores en distintas partes del cuerpo; ya es una basca persistente, ya consiste en vómitos que se parecen á los de los alcohólicos, ya es una diarrea, ó bien una constipación tenaz. El sitio del dolor es variable; generalmente ocupa la región lumbar, otras veces el epigástrico ó los hipocondrios, y mas raras veces los miembros ó la cabeza: y todo esto, como en el tipo anterior, sin causa que lo explique. En el enfermo de la observación XXIV, los primeros síntomas se han presentado simulando un ataque de hepatitis aguda.

3º *Tipo melanodérmico.* El primer fenómeno que llama la atención del enfermo, es una coloración especial de la piel que, principiando generalmente por la cara, se va extendiendo poco á poco hasta ocupar todo el tegumento externo y aun el interno, como lo veremos después.

Así empezó Agustina Moreno, la enferma de nuestra observación IV, á quien el Sr. Galán llamaba la *Venus negra*, en atención á la perfección de sus facciones, que era un tipo de la raza

blanca, y al color negro de su piel. En medio de una salud perfecta, empezó á notar, hace siete meses, que su cuerpo todo, tomaba un color oscuro que aumentaba rápidamente de intensidad hasta tomar el color negro de ébano que le observamos nosotros; con excepcion de esta coloracion y de algunos síntomas de anemia, todas sus funciones se ejercian perfectamente hasta hace poco tiempo

Para la mayor parte de los autores europeos, el tipo asténico seria el mas frecuente y el melanodérmico el mas raro. Como ya otras veces lo hemos dicho, carecemos completamente de datos para resolver la cuestion; pues, con excepcion de los tres enfermos que hemos citado, en todos los demás nos ha sido imposible fijar el principio de la enfermedad de Addison. Como se verá por la lectura de las observaciones, casi todos los enfermos han entrado al hospital á curarse de enfermedades independientes del mal de Addison, que son las que han llamado la atencion del enfermo: asi es que, los síntomas que presentaba el enfermo y que se podian referir al mal de Addison se encuentran mezclados con los de la enfermedad que los trajo al hospital. A primera vista parece que el tipo mas frecuente entre nosotros es, el gastro-intestinal: y en efecto, en nuestras veinticuatro observaciones encontramos señalado el catarro gastro-intestinal en cinco casos, que atendido el corto número de aquellos en que se pudo recoger antecedentes, forman una cifra respetable; en dos casos, el principio parece haber sido la diarrea, y en otro los vómitos. Al mismo resultado ha llegado el Sr. Bandera que asienta que, los accidentes gastro-intestinales y, sobre todo, la diarrea, nunca faltan. Pero si se reflexiona detenidamente, se ve que los fenómenos gástricos pierden mucho de su valor como síntomas iniciales del mal de Addison, atendiendo á que la mayor parte de los enfermos que observamos, tanto el Sr. Bandera como nosotros, han sido alcohólicos, y por lo mismo, no se puede decir si los fenómenos observados dependen del mal de Addison ó del alcoholismo, con tanta mas razon cuanto que, esas alteraciones gastro-intestinales se presentan con los mismos caracteres en las dos enfermedades.

Hay otra razon en nuestro concepto que contribuye á hacer desconocer la enfermedad en sus principios y es, el color propio de nuestra gente pobre que hace que á los enfermos no les llame la atencion el atezamiento de color de su piel.

II. *Periodo de estado.* Una vez que hemos terminado con la descripcion del primer periodo, pasemos al segundo, el mas importante de todos, pues es en él cuando se caractriza la enfermedad; y por lo mismo, procuraremos dedicarle la atencion que merece.

A este periodo es al que se pueden aplicar las notables palabras con que Jaccoud empieza la descripcion de la enfermedad, en su artículo del *Nuevo Diccionario de Medicina y Cirugía*, tom. 5.º pág. 704. "Una astenia creciente hasta la muerte, una melanodermia de caracteres especiales, perturbaciones gástricas, dolores lumbo-abdominales; tales son los cuatro órdenes de fenómenos que constituyen esencialmente la sintomatología de la enfermedad de Addison. Los dos primeros son constantes, pueden existir solos durante toda la enfermedad; los otros son bastante frecuentes para ser característicos y venir útilmente en ayuda del diagnóstico."

Tales son en efecto los cuatro síntomas capitales de la enfermedad; pero como cada uno de ellos se puede presentar en otras enfermedades, vamos á ocuparnos de cada uno en particular, con el objeto de fijar sus caracteres en la melanodermia asténica, indicando de paso, las particularidades que hayan presentado en nuestras observaciones.

Melanodermia. Para que la coloracion de la piel se pueda considerar como característica del mal de Addison, es necesario que tenga ciertas condiciones especiales; pues no debe olvidarse que la melanodermia es un síntoma que se observa en muchas enfermedades, como lo veremos al ocuparnos del diagnóstico.

Tres formas pudiéramos distinguir en la coloracion de la piel; la negra, la cobriza y la manchada; pudiendo acontecer que se combinen estas tres formas en el mismo enfermo, de manera de constituir una forma mixta.

Forma negra. En esta, la coloracion de la piel es de un tinte sumamente oscuro, y aún enteramente negro, de manera de hacer creer al médico que está en presencia de un individuo de la

raza negra; ó, cuando ménos, de un mulato. Se diferencia del color del negro en que la distribucion de la coloracion no es uniforme; siempre es mas intensa en las partes del cuerpo que están expuestas al sol, tales son la cara y las manos: se diferencia tambien, en que en el negro nunca se presentan manchas en las mucosas, como sucede en el mal de Addison. Jaccoud dice, que para que la coloracion de la piel pueda referirse á la enfermedad de Addison, necesita la reunion de dos condiciones capitales: el ser general, y el ser uniforme en su distribucion. En cuanto al primer carácter estamos enteramente de acuerdo, y en todos nuestros enfermos ha sido general, con excepcion del número XXIV en que era parcial. Más no sucede lo mismo con el segundo carácter, cual es, que sea uniforme; pues él mismo nos dice, que la coloracion es mas intensa en las partes que están mas expuestas á la luz y algunas otras como las ingles, púbis etc.: un poco mas adelante agrega, que aún en los casos en que la coloracion es enteramente general y muy oscura, si se fija la atencion, se descubren pequeños puntos de un color mucho mas oscuro que el fondo sobre que están colocados. Mas bien nos adherimos á la opinion de Martineau que considera esta falta de uniformidad como uno de los mejores elementos del diagnóstico diferencial.

El Sr. Bandera dice que solo ha observado la forma manchada; nosotros hemos tenido enfermos en los cuales la coloracion, no solo era general, sino tambien enteramente negra: tales son la enferma de nuestra observacion IV, á quien conociamos con el nombre de la *Venus negra*; en el enfermo de la observacion II, la coloracion era igualmente negra y general, presentando ademas estos dos enfermos el hecho excepcional en nuestras observaciones de que no existian manchas; sino que todo el cuerpo era de un color negro, pero sin la uniformidad de que habla Jaccoud. En otros enfermos, como el del número VII, la coloracion negra solo se ha observado en los puntos que están expuestos á la accion del sol.

En la forma bronceada la coloracion se parece al color del bronce, pudiendo ser mas ó menos claro; algunas veces semeja bastante bien el color de una estatua de bronce con sus claros y oscuros. Como forma aislada y general es rara; pero en combinacion con la forma manchada la hemos observado con alguna frecuencia: tales son, los enfermos de las observaciones X, XI, XII, XIII y XIV.

La forma manchada es la que hemos visto con mas frecuencia; pues, con excepcion de los números II y IV, en que solo se observó la forma negra, sin manchas, en todos los demás siempre han existido las manchas oscuras. El tinte de ellas es muy variable; á veces son de un color café claro, otras veces de un tono muy oscuro y aún completamente negro: pudiendo existir todos los grados en el mismo enfermo. El tamaño de las manchas varía mucho; desde los simples puntos que dan la idea de una barba recién afeitada, como en las observaciones I y IX; hasta grandes manchas de ocho centímetros y aún mas, como en la observacion número I.

El color de las manchas, generalmente, va disminuyendo de intensidad del centro á la periferia hasta confundirse con el resto de la coloracion del cuerpo; otras veces se termina de un modo brusco: la piel de la superficie de estas manchas no presenta ninguna alteracion; no hay grietas y nunca se produce exfoliacion. El fondo en que descansan las manchas, ó tiene su color normal, ó tiene un ligero tinte amarillento, ó bien es de un color más ó ménos oscuro, que es lo comun.

Jaccoud considera á la forma manchada como una forma transitoria que se observa solamente cuando el mal de Addison viene acompañado de cáncer ó tubérculos, y dice que, aún en estos casos, acaba por convertirse en una coloracion general y uniforme. Mas otros autores, Martineau, Guermonprez, Demontrond, no son tan absolutos como Jaccoud, y admiten que, si en regla general, la forma manchada se convierte despues en una coloracion general, hay, sin embargo casos en los cuales persiste hasta el fin de la enfermedad y puede observarse independientemente del cáncer y la tuberculosis.

Al lado de estos hechos, en los cuales hemos visto ser la forma manchada determinada por la existencia de una sola clase de manchas, y estas oscuras; tenemos algunos casos en los cuales se han presentado las dos clases de ellas que señaló Addison en varias de sus observaciones; es decir, la existencia de manchas negras alternando con otras de un blanco mate. Tales son los casos de

la observacion VIII, en la cual las manchas blancas existen solamente en el cuello, y parecen ser el resultado de antiguas cicatrices, puesto que están deprimidas; al lado de ellas existen otras manchas de color café. De la observacion XVI, en que las manchas blancas, que existen en corto número, son pequeñas, redondas, y de bordes regulares y perfectamente delineados; mientras que las negras, son en gran número y de forma irregular, las primeras solo se ven en el vientre. De la observacion XV, en que las manchas blancas, causadas por cicatrices, están limitadas á los miembros inferiores. La coloracion del enfermo de la observacion XVII, merece que nos detengamos un instante: porque, en efecto, en la cara, parte anterior del cuello y del tórax, el color es de un tinte cobrizo claro; y en la parte posterior del cuello, del tórax, miembros superiores, vientre y parte inferior de los miembros inferiores, es de un color casi negro; y, á la par de esto, se ven señaladas tres clases de manchas; unas enteramente blancas, lisas y redondas, que se parecen á las manchas del viteligo, y que están colocadas en la parte posterior del tórax; otras, que son producidas por las cicatrices de antiguas erupciones en los miembros superiores, cuyo centro es blanco y cuyos contornos tienen un color negruzco; y por último, las que existen en el vientre y que tienen los mismos caracteres que las de los miembros superiores; solo que, son mucho mas grandes. En Dolores Montes, (obs. VI), las manchas blancas y negras que existen en el tórax, están colocadas sobre un fondo amarillento; en el vientre, que tiene un color muy oscuro, casi negro, se vé una faja de color blanco mate que abarca toda la circunferencia del abdomen y que está formada por manchas de forma irregular y de un gran tamaño; pues algunas tienen hasta seis centímetros de largo por tres de ancho, y que no parecen proceder de cicatrices. Quizá tengan alguna influencia los frotamientos y la compresion sobre el desarrollo de estas manchas blancas; pues es muy comun verlas colocarse en el punto en que se fija la faja ó la cinta de las enaguas.

En un enfermo que hemos tenido ocasion de observar últimamente, gracias á la amabilidad del Sr. Carmona, la coloracion de la piel era parcial y limitada á la cara, cuello, parte superior del tórax, y miembros superiores. Al acercarse á este enfermo llamaba la atencion, desde luego, el contraste notable que existía entre el color oscuro de las partes mencionadas y el resto del cuerpo que conservaba un color enteramente blanco. Esta coloracion de la piel la empezó á observar el enfermo hace seis años, y coincidió con algunas perturbaciones del lado del hígado que simulaban bastante bien un ataque de hepatitis aguda. Decía el enfermo, que había notado que su cara, sobre todo en la parte media, tomaba un color oscuro como si le saliera *paño*, y de allí se fué extendiendo el color á toda la cara y miembros superiores, principalmente en el dorso de las manos. Esta coloracion tenía un tinte oscuro, sin ser enteramente negro, y predominaba, sobre todo, en la parte inferior de la cara al nivel de la barba, en los carrillos, y un poco ménos en la frente; en el cuello era aún más oscuro que en la cara, sobre todo, por las partes laterales, conservando este tinte en la parte superior y posterior del tórax. En las manos era tambien muy intenso, pero solo en su cara dorsal, conservando el color normal la palmar; el antebrazo y aún parte del brazo, eran tambien de un color muy oscuro, dominando siempre en la parte posterior. El resto de la piel, tenía el color blanco propio de la raza caucásica. La mucosa del labio inferior y superior, presentaba un tinte violáceo propio de la cianosis; pero además, fijando la atencion, se veían pequeñas manchas, en corto número, de un color café oscuro y aún negro. Aún en los puntos de color muy oscuro el tinte no era uniforme, sino que se veían pequeñas manchas de un color negro que existían, sobre todo, en la cara y en el dorso de la mano. Las uñas conservaban su color blanco normal, sin manchas de ninguna clase.

Veamos ahora cuales son en la enfermedad de Addison, los caracteres generales de la melano-dermia, en cuya virtud podemos distinguirla con precision, de la que en otras enfermedades se nos pueda presentar bajo cualquiera forma.

Hay un primer carácter que importa no olvidar, á saber, que la coloracion es firme; es decir, que resiste á todos los procedimientos mecánicos ó químicos que se puedan emplear para destruirla; tales son los baños simples ó medicamentosos, las frotaciones, la destruccion de las capas superficiales del dermis, lo cual se explica porque la coloracion no tiene su asiento en las capas superficiales, sino en las profundas del tejido de Malpighi.

Otro carácter importante es la falta de uniformidad de la coloracion. En efecto, mientras que en el negro y en el mulato el color está igualmente repartido en toda la piel, exceptuando la palma de las manos y la planta de los piés; en el mal de Addison, al contrario, siempre es mas oscuro en todos los puntos que están expuestos á la accion de los rayos solares; así el color de la cara, cuello, parte superior del tórax, y posterior de los miembros superiores, es el mas intenso. A más de estos puntos, hay otros que parecen lugares preferidos por el pigmento, tales como el púbis, pared anterior del vientre, axilas, articulaciones, y todas aquellas partes que han sido el sitio de irritaciones más ó ménos fuertes; como sucede generalmente con las cicatrices, aún cuando en nuestras observaciones hayan estas conservado su color blanco; y, por último, en todos aquellos puntos que naturalmente están más atezados por el pigmento, como sucede con los pezones y con los órganos genitales del hombre.

Si la coloracion es general, sea que pertenezca á la forma negra ó á la bronceada, siempre subsiste la regla anterior; y en los casos de forma manchada, las manchas son mas numerosas en los puntos que hemos indicado, y lo mismo sucede cuando la coloracion es parcial, como en la observacion XXIV.

Hay otras partes en las cuales casi nunca se observa la coloracion normal de la enfermedad; como sucede con los párpados y la cara palmar de las manos y dedos: en las observaciones IX y XXII, como hecho excepcional, hemos notado manchas en la cara palmar de las manos. Los apéndices tegumentarios, pelos, dientes y uñas, no siempre han sido respetados: se citan algunos casos en que el cabello se ha puesto mas negro, y otros en los cuales de castaño se ha convertido en negro; y algunos más en que se han presentado manchas en los dientes. Nosotros nunca hemos visto tal cosa; pero sí hemos encontrado con alguna frecuencia la coloracion de las uñas, como puede verse en las observaciones II, XIV, XV y XIX. En estos apéndices, la coloracion se presenta siempre formando rayas que siguen la longitud de la uña, de un color que varía desde el café claro hasta el negro intenso. En algunos casos hemos querido destruir la coloracion, raspando la uña con una navaja y no lo hemos logrado; lo qué prueba que el depósito de pigmento no se hace en la superficie, sino en las capas profundas. Segun Demontrond, la coloracion de las uñas que acompaña al mal de Addison, se distinguiría de la que existe normalmente en ciertas razas, (que no cita), por la persistencia de la mancha blanca que existe al nivel de la raiz: no hemos buscado este carácter.

Por último: hay otro carácter que distingue la coloracion del mal de Addison de otras muchas; y es, que la coloracion no se limita al tegumento externo, sino que invade tambien el interno. Es muy común, en efecto, encontrar manchas de un color mas ó menos oscuro en diversas membranas mucosas; como en los labios, en donde son muy frecuentes; en la lengua, carrillos, velo del paladar, vagina etc., y muchas veces penetra á las cavidades interiores, como lo hemos dicho en la anatomía patológica. La mucosa conjuntival pocas veces se mancha, y su color blanco azulado, contrasta con el color oscuro de la piel. En todas nuestras observaciones, han existido las manchas en la mucosa labial, y en algunas en toda la cavidad bucal; pero nunca hemos examinado la mucosa vaginal.

La mayor parte de los autores asienta, que no es indispensable la coloracion de la piel para el diagnóstico de la astenia suprarenal; lo que no debe sorprendernos si atendemos á que la melanodermia no es más que un síntoma de una enfermedad cuya patogénia no es conocida todavía; pues las diversas teorías que se han formulado sobre la naturaleza de la enfermedad, mas bien que teorías son hipótesis solamente. Sin embargo, creemos que en los casos en que falte la melanodermia, el diagnóstico ha de ser muy difícil, y mas bien que un diagnóstico, se tendrán sospechas y nada más; como lo prueban las observaciones de mal de Addison sin melanodermia, que existen en los autores, en los cuales el diagnóstico se vino á hacer en el anfiteatro.

Además de la coloracion, se han señalado algunas otras alteraciones en la piel; como una disminucion de su elasticidad natural, lo que hace que conserve mucho tiempo las señales de los pliegues que se le formen, como sucede en las gentes de edad avanzada.

Si se recorren las observaciones que insertamos al fin, se verá que en todas ellas, la coloracion tiene los caractéres que acabamos de señalar: es decir, el ser firme, no uniforme, y ocupar las membranas mucosas. Solo hay una diferencia y es, que las cicatrices que hemos solido encontrar han conservado su color blanco, á pesar de ser, como lo hemos dicho, lugares en que de preferencia se deposita el pigmento.

Astenia. Como lo hemos dicho ya, la astenia es otro de los síntomas mas constantes de la enfermedad, que muchas veces solo se caracteriza por la debilidad y la melanodermia: pero de la misma manera que la coloracion de la piel no es decisiva sino cuando tiene los caractéres que le hemos asignado; así tambien, la debilidad debe responder á ciertas condiciones para que se pueda considerar como un síntoma del mal de Addison.

Hemos visto, al ocuparnos del primer periodo, que esta debilidad, ligera al principio, vá aumentando progresivamente de intensidad, hasta hacer imposible todo ejercicio muscular. Quien ha descrito mejor esta debilidad ha sido Jaccoud, que se expresa así: "La debilidad persiste sin razon demostrable; el individuo se queja de una fatiga insólita que le hace muy penoso el desempeño de sus trabajos ordinarios; no hay torpeza moral ó apatía nacida de disgusto, de falta de valor; es una laxitud física que domina la energía de la voluntad é inspira al enfermo una ansiosa solicitud por el porvenir. Mas tarde, pierde toda energía; apenas puede hacer un poco de ejercicio; bien pronto, todo movimiento se hace fatigoso; todo cambio de lugar es nocivo por que es seguido de síncope. Con todo esto, no hay ninguna lesion, no ha habido hemorragias, el apetito se conserva tal vez hasta el fin á pesar de los vómitos."

Esta debilidad del enfermo no es aparente; si aplicamos el dinamómetro veremos que la energía muscular está muy debilitada, y por la palpacion podremos asegurarnos de que las masas musculares han disminuido mucho de su volúmen, á pesar de no haber adelgazamiento; como sucedió en el número XIV.

Con excepcion de las observaciones IV, XIV, XVIII y XXII, en las cuales encontramos señalada la debilidad con los caractéres descritos; es decir, una debilidad creciente sin causa que la explique suficientemente; en todas las otras observaciones se vé que falta este síntoma, ó que cuando existe pierde su valor, porque se encuentran siempre otras causas bastantes para explicarla; tales como las deposiciones causadas por el alcoholismo, ó por la peritonitis crónica, como en la observacion XVI. En el número V, esta debilidad se acerca un poco más á la del mal de Addison; pues es una debilidad que, habiendo empezado un año antes por cansancio en las piernas, fué creciendo progresivamente hasta la muerte, á pesar de haber desaparecido las deposiciones. En el número XIII, aunque no se encuentran las deposiciones, tenemos el estado de asistolia, y además, esta debilidad fué puramente transitoria, desapareció luego que desaparecieron los síntomas de la falta de compensacion en el corazon. En el enfermo número XXIV, esta debilidad es muy poco marcada, y además ha sido pasajera y coincidió tambien, con los fenómenos de asistolia.

Perturbaciones gastro-intestinales. Los autores europeos consideran estas perturbaciones como bastante frecuentes, aunque no constantes, y como uno de los síntomas por los cuales puede principiar la enfermedad, como ya hemos dicho. Para el Sr. Bandera, son constantes.

El apetito es variable; hay enfermos que lo conservan hasta el fin, á pesar de la astenia creciente y de los vómitos; pero esto es excepcional: generalmente disminuye y acaba por perderse completamente. El enfermo, como sucede en la mayor parte de las anemias, empieza por experimentar una repugnancia marcada por cierta clase de alimentos, sobre todo de la carne; repugnancia que se va haciendo cada dia más y más marcada, hasta que por último, el enfermo vé como una verdadera tortura el momento en que tiene que tomar algun alimento.

Esta anoréxia viene acompañada en muchos casos de vómitos que no siempre tienen los mismos caractéres: algunas veces se hacen notar por su persistencia y su tenacidad á todo medio terapéutico; otras veces solo se manifiestan de tarde en tarde; pero lo más comun es que vengan bruscamente y sin prodromos por la mañana en ayunas, poco tiempo despues de levantado el enfermo. Las materias arrojadas varian tambien; á veces son los alimentos que el enfermo ha to

mado; otras, y es lo general, están formados por materias mucosas, viscosas, trasparentes ó bien coloradas por la bilis. Otro carácter, tal vez el mas importante, es que el enfermo no siente ninguna fatiga despues del vómito. Vemos pues, que estos vómitos, en el mayor número de casos, tienen mucha semejanza con los pituitosos de los alcohólicos, de los cuales no difieren, sino en que son un poco menos penosos.

En Europa domina la constipacion y solo en casos excepcionales se observa la diarrea; que al contrario, para el Sr. Bandera es una de las principales causas de la muerte de los enfermos de mal de Addison. Tal vez se pudiera aplicar á la diarrea que ha observado el Sr. Bandera, la misma pregunta que él se dirige respectó de las alteraciones hepáticas; es decir, la diarrea, más bien que un síntoma de mal de Addison, no sería debida al alcoholismo de que han estado afectados la mayor parte de los enfermos observados por él, como nos lo dice en su primera memoria? A lo ménos, esta es la conclusion á la cual nos haría llegar el exámen del corto número de nuestras observaciones. En efecto, es digno de atencion, que precisamente los cuatro casos en que hemos visto el mal de Addison con todos sus síntomas y sin complicacion de alcoholismo, hayan sido los que ménos perturbaciones gástricas, y sobre todo intestinales, han presentado; pues con excepcion del número IV, que durante algun tiempo tuvo deposiciones que, por otra parte, cedieron rápidamente al tratamiento, en ninguna de las otras se han presentado. Los enfermos II, III, V, XI y XIII, en que se ha observado la diarrea, todos han acusado en sus antecedentes el alcoholismo bien caracterizado: en el enfermo de la observacion XVI, ha sido causada por la peritonítis crónica, y en el XXIII, acompañaba á una pleuro-neumonía izquierda. Lo mismo sucede con el vómito y las otras perturbaciones digestivas, que han faltado en muchos enfermos y sobre todo, en el IV, XIV, XVIII y XXIV. Solo en el XIV, se han presentado los vómitos que duraron unos dias: en los otros enfermos, tales como, el II, III, V y XVII, los vómitos han sido causados indudablemente por el alcoholismo.

Perturbaciones del sistema nervioso Al mismo tiempo que vemos estos síntomas de parte del aparato digestivo, se presentan dolores que tienen su sitio en diversas partes del cuerpo. Uno de los más frecuentes es el que suele colocarse en la region lumbar ó en el epigástrico; los dolores en los hipocondrios, en los miembros, así como la cefalalgia, son menos constantes.

Estos dolores presentan caractéres muy variables: ya son continuos con exacerbaciones, ó bien irregulares en su aparicion; ya es un dolor vivo capaz de arrancar gritos á los enfermos, ya es sordo y poco intenso; unas veces quedan limitados á un solo punto, y otras presentan irradiaciones en diversos sentidos; se calman á veces por la presion, que en otros casos los aumenta. Los autores alemanes han insistido sobre los dolores articulares comparándolos á los que se observan en las histéricas y que han llamado dolores reumatoides. Estos dolores reumatoides, se han presentado algunas veces con tal intensidad, que han podido ser confundidos con los del reumatismo articular agudo, pero ha sido fácil distinguirlos, porque no aumentan por la presion, ni se acompañan de los síntomas inflamatorios. La cefalalgia fenómeno pasagero, es frecuente, pero como fenómeno constante es raro, segun Jaccoud.

Estos dolores, aunque frecuentes, no son un síntoma necesario; hay enfermos que han sucumbido al mal de Addison, sin haberlos presentado nunca.

En nuestros enfermos, estos dolores, dependientes del mal de Addison son raros: generalmente cuando existen, tienen su explicacion en otra causa. Los que más frecuentemente se han presentado son los dolores en la nuca, (obs. V, XI, XV, XVII) que hemos encontrado semejantes á los dolores causados por el reumatismo; el dolor en los miembros, sobre todo en los inferiores, á veces solo se manifiesta al ejecutar movimientos, y entonces tiene generalmente su sitio en las corbas (obs. V. XIII); ya el dolor es constante pero sordo, como en los números 11 y 15; en los números 8 y 9, ha habido dolores en las piernas, pero que ní aún siquiera se parecen á los del mal de Addison; pues en el número 8 son dolores osteócopos, y en el número 9 son producidos por una pereostitis sub-aguda de naturaleza sífilítica. Los dolores epigástricos que tan frecuentes son para los autores europeos, solo una vez los hemos visto y eso, en la enferma de la observacion número 5 que tenía una enteritis alcohólica; lo mismo diremos del dolor lumbar, que

solo en dos casos se ha presentado; en el número 5 y en el 17, este enfermo atribuye el dolor á que tiene que estar mucho tiempo inclinado.

El dolor que tiene su sitio en los hipocondrios se vé señalado en el enfermo número 13; pero había en él un ligero grado de atrofia hepática, acompañando á una lesion del corazon; lo que le quita todo su valor, como síntoma del mal de Addison.

Por último: tenemos la cefalalgia en dos enfermos de los cuales, en uno, en el número V, se manifestó bajo la forma de punzadas que venían desde tiempo atrás, desde seis meses; en el número 19, fué pasajera y acompañaba á un catarro generalizado.

Algunos otros dolores se ven señalados en nuestras observaciones; pero, que como los anteriores, ninguno se puede referir al mal de Addison, sino á las enfermedades que lo han complicado; tales son: el dolor causado por la peritonitis en el número 16; la hiperestesia de la capa muscular del vientre, en el número III; el dolor en el costado derecho, lo mismo que el del hombro que acompañó á la pleuroneumonía del número 23. En el número 9 existió un dolor en la region precordial, que se extendió á todo el lado izquierdo; cuyo dolor, tal vez fué de naturaleza reumatismal.

Al lado de estos fenómenos dolorosos, tenemos que señalar algunas otras perturbaciones nerviosas cuya existencia ha sido indicada en algunos casos, pero que están muy léjos de ser frecuentes; tales son los vértigos, el delirio, las convulsiones generales ó parciales, el coma, etc., que casi nunca se observan en este periodo y que son mas bien fenómenos terminales de la enfermedad.

Nosotros hemos observado en el enfermo de la observacion número 14, una anestesia, que se manifestó, sobre todo en los miembros inferiores, y que no parecía depender de una lesion de los centros nerviosos; en el número 22, vemos señalada la existencia de una atrofia muscular bien caracterizada.

En los enfermos de las observaciones XIX y XX, sobre todo en el primero, tenemos perfectamente caracterizadas, las perturbaciones nerviosas causadas por la anemia cerebral; tales son los desvanecimientos, vértigos, zumbidos de oídos, perturbaciones visuales, etc., que se manifiestan principalmente al pasar el enfermo de la posicion horizontal á la vertical, y muchas veces por el simple hecho de andar. En el enfermo número 24, vemos señalada la existencia de ataques que se parecen mucho á los epilépticos, que empezaron á manifestarse cuando ya la enfermedad estaba bastante avanzada, y cuya repeticion se verificó tres ó cuatro veces, para no volverse á presentar. La causa de estos ataques no nos es conocida.

Entre las alteraciones del sistema nervioso, tal vez podríamos enumerar, la sensacion de frio de que se han quejado algunos de nuestros enfermos. Esta sensacion puede ser general, como ha sucedido en Lúcio Juarez, (obs. XI), y en Ramon Montes de Oca (obs. XXIV), que todo el día se pasaban en el sol, sin lograr calentarse; ó bien puede limitarse á los miembros, sobre todo, los inferiores, como en los enfermos de los obs. III y IV. En Lúcio Juarez, apesar de la sensacion de frio de que se quejaba, no habia disminucion de la temperatura, y en ciertas ocasiones el termómetro marcaba una temperatura superior á la normal.

Respiracion. En la mayor parte de los casos, las funciones respiratorias se hacen con regularidad; solo en algunos se ha señalado la existencia de una dispnea independiente de alteraciones cardiacas ó pulmonares; y que, tal vez, deba considerarse como producida por la anemia. Las otras alteraciones que han sido observadas, como hemotisis etc, solo se presentan en los casos de otras lesiones pulmonares, que han venido acompañando al mal de Addison.

Circulacion. Las únicas alteraciones del aparato circulatorio que los autores europeos y el Sr Bandera han marcado en el mal de Addison, son las propias á toda clase de anemia. En muchas de las observaciones europeas encontramos mencionada una frecuencia notable del pulso que, segun Jaccoud, sería debida á la existencia de tubérculos en el pulmon; en otras observaciones, por el contrario, se ha notado una lentitud manifiesta, que parece ser lo mas frecuente cuando no existen tubérculos.

Pero independientemente de la frecuencia, la única alteracion del pulso que ha sido constante

es, la causada por la anemia; es decir, el pulso es pequeño, débil y depresible, ó bien amplio, lleno, pero siempre depresible.

Los ruidos vasculares anémicos han sido marcados en algunas observaciones; pero no con la frecuencia que era de esperarse, dada la anemia tan profunda que caracteriza á esta enfermedad. Lo mismo diremos de las palpitations, que han faltado en muchos casos. Jaccoud dice, que solo en los casos de escrofulosis, ó en aquellos enfermos que han padecido intermitentes, es donde se observan los soplos anémicos carotidéos.

Nosotros no los encontramos tan raros como los Europeos; pues, los hemos visto en cuatro casos; (obs. V, XI, XIV y XX), y solo en el número 14, vemos mencionados las intermitentes que le duraron un mes con el carácter de tercianas.

La constancia con que hemos observado las lesiones del corazon en la enfermedad de Addison, nos hace verlas, siguiendo las ideas del Sr. Galan, como una lesion íntimamente unida á la melánodermia de que nos ocupamos; pero teniendo en cuenta, que autores que ocupan en el estudio de las enfermedades del corazon un puesto tan eminente como Jaccoud, no la citan en ninguna ó solamente en algunas de sus historias, creemos que pertenecen á la enfermedad de Addison como se presenta entre nosotros; es decir, modificada por la altura regional. Sin embargo, investigaciones posteriores demostrarán sino sucede lo mismo con el Addison de los países que pudiéramos llamar bajos; es decir, al nivel del mar, y si la lesion del corazon ha pasado desapercibida á todos de un modo que nos parece inexplicable.

Para terminar con la sintomatología del segundo período, solo nos resta indicar las alteraciones de las secreciones y de la menstruacion; de las cuales solo diremos algunas palabras, por falta de datos.

Las secreciones por lo general son normales; y solo en una que otra observacion, se ha notado el aumento de la secrecion sudoral, y en otras, una albuminuria; pero en los dos casos han coexistido, ó bien tubérculos pulmonares, ó alteraciones renales. La secrecion del jugo gástrico no siempre ha sido normal; como lo prueba los enfermos que han presentado vómitos mucosos y pituitosos y los otros atados de diversas clases de dispepsia. En tres enfermos hemos buscado la albumina en la orina y solo en Matías Solís hemos encontrado una pequeña cantidad, que probablemente fué debida á la congestión venal causada por la lesion del corazon, puesto que desapareció luego que se restableció la compensacion en el corazon.

Entre las observaciones que cita Martinean en su tesis, se encuentran algunos casos en los cuales la menstruacion se ha perturbado: en unos, ha empezado por hacerse irregular, para suspenderse definitivamente; en otros, solo ha sido menos abundante. Jaccoud dice, que en la generalidad de los casos de mal de Addison observados en las mujeres, el principio de la enfermedad ha coincidido con una suspension del periodo, causada por una impresion de terror. No hemos encontrado en nuestras enfermas esta coincidencia de que habla Jaccoud; pues, aunque es cierto que en cuatro observaciones (III, V, VI, y XIII) se hace mencion de la suspension del período menstrual, tambien lo es que ha sido en mujeres que habian llegado á la época crítica, lo que le quita todo valor.

Tal es la sintomatología del segundo período de la enfermedad: pasemos al tercer período ó período caquético.

III. Durante este tercer período, todos ó la mayor parte de los síntomas, toman un carácter de gravedad que indica la aproximacion de la terminacion fatal. La debilidad del enfermo llega á tal grado, que le es imposible ejecutar ningun movimiento; las facultades intelectuales pueden conservarse intactas, ó bien se ve aparecer el delirio; pero generalmente el enfermo cae en una apatía que le hace indiferente á todo lo que le rodea. El apetito desaparece completamente; existe una repugnancia invencible por toda alimentacion; los vómitos generalmente desaparecen; la constipacion persiste, ó bien es remplazada por una diarrea abundante que precipita el resultado fatal; la lengua se seca, y algunas veces se cubre de fuliginosidades que se encuentran tambien en los dientes y labios. La temperatura baja mas y mas; el pulso se hace pequeño, irregular intermitente; y en una palabra, se presentan todos los síntomas que acompañan á la agonía.

MARCHA, DURACION Y TERMINACION.

Dos formas principales se han distinguido en la enfermedad de Addison considerada bajo el punto de vista de su marcha: la forma aguda y la forma crónica.

La forma aguda se caracteriza esencialmente, por la rapidez con que se desarrollan todos los síntomas y que en su espacio de tiempo, que varía de algunos días á algunos meses, recorren todos sus períodos. La coloracion de la piel es muy intensa, la anemia es llevada á su mas alto grado; y, por último, las náuseas y los vómitos pueden venir á acelerar la terminacion fatal. Guernonprez dice, que en la forma aguda, generalmente la coloracion de la piel apenas se marca, porque no tiene tiempo de desarrollarse. Pudiéramos considerar como un caso de forma aguda, nuestra enferma de la observacion IV, puesto que, en un período de siete meses, la piel tomó el color mas oscuro, á saber, negro de ébano, y á los ocho meses la enferma sucumbió, probablemente á causa de su lesion orgánica del corazon.

En aquellos casos en que la marcha de la enfermedad es esencialmente crónica, la duracion de ella puede ser de muchos años, y la muerte venir en medio de una postracion extrema de todas las fuerzas del organismo; pero en estos casos en que la duracion es tan larga, no es raro ver á la enfermedad presentar al fin una marcha rápida: sin que se pueda explicar la causa, se ven surgir nuevos síntomas, ó bien se agravan los ya existentes, y el enfermo muere en un plazo de tiempo que varía de algunos días á varios meses.

La enfermedad no solamente ofrece una marcha aguda y otra crónica, sino que puede aún presentarse bajo la forma intermitente; no en el sentido de tipo intermitente periódico, volviendo á épocas fijas, sino en el sentido de presentar períodos de mejoría que pueden hacer creer en una curacion. En efecto, en esta forma, los síntomas disminuyen de intensidad; la debilidad es ménos grande, las perturbaciones gastro-intestinales desaparecen, la coloracion de la piel es ménos oscura y aún puede desaparecer del todo, y el enfermo se cree enteramente sano. Pero el médico no debe participar de su confianza; porque, bien pronto los síntomas reaparecen mas intensos; y despues de muchas alternativas de salud aparente y de recrudescencia, la enfermedad acabará por traer la muerte del enfermo. El conocimiento de esta forma de la enfermedad de Addison es muy importante: porque sin él, puede uno hacerse ilusiones sobre la accion de tal ó cual medicamento en el tratamiento de la enfermedad. Probablemente esto nos pasó á nosotros con la aplicacion de la digitalina, en una época en que no conociamos esta forma intermitente. En los enfermos de las observaciones XIII, XIV, y XXII, que fueron sometidos á la accion de la digitalina, observamos una disminucion de los síntomas, sobre todo, de la coloracion, que tomamos por un principio de curacion, y que atribuimos al uso de dicha sustancia: si hubiéramos podido seguir la marcha de la enfermedad por mas tiempo, tal vez hubiéramos visto la vuelta de los accidentes.

Hay algunos autores, de cuyas ideas el Sr. Galan participa, que distinguen además de las formas indicadas, otras dos; la forma frustra y la latente. Entienden por forma frustra, aquella en la cual siempre faltan alguno ó algunos de los síntomas característicos de la enfermedad; y por forma latente, aquella en la cual durante mucho tiempo, la enfermedad se presenta de una manera insidiosa, larvada, y en que solamente al fin se presentan los fenómenos que permiten hacer el diagnóstico; otras veces sucede que, estos fenómenos no se llegan á presentar durante la vida y en este caso, solo el exámen del cadáver permite dar el diagnóstico de la enfermedad: como sucedió

con la enferma que citamos en la anatomía patológica, en la cual se encontró al hacer la antopsia, un tumor que sustituía á la cápsula suprarenal izquierda, sin que durante la vida se hubieran presentado fenómenos que hicieran sospechar dicha lesion.

Todavía se han querido establecer otras formas en la enfermedad de Addison: como la tifoidea de que habla Demontrond, y la colérica de Bell; pero son divisiones inútiles, pues ambas formas quedan comprendidas en la aguda.

Los autores europeos asignan á la enfermedad una duracion que varía desde algunos dias hasta nueve años; el término medio, segun Jaccoud, sería de dos años. En los pocos casos en que hemos podido averiguar el principio de la enfermedad, su duracion ha variado de ocho meses (obs. IV.) á seis años (obs. XXIV.)

La terminacion de la enfermedad no es mas que una, la muerte; pues aunque se citan algunos casos de curacion, estos se consideran hoy como errores de diagnóstico, ó cuando menos, errores de interpretacion; es decir, que se ha tomado como curacion, lo que no era mas que una remision en la enfermedad, semejante á las que hemos observado nosotros.

La muerte, dicen los autores europeos, generalmdnte es causada por los accidentes propios de la enfermedad, tales como la astenia ó las perturbaciones digestivas; y muy pocas veces es el resultado de complicaciones. Para nosotros, al contrario, la muerte es casi siempre producida por las complicaciones de la enfermedad.

Como prueba de lo que decimos, véamos cuales han sido las causas de la muerte en los enfermos de nuestras nueve autopsias. En los enfermos de las observaciones I y VII, fué debida á la embolia cerebral; en el de la observacion II, al delirium tremens; en el de la V, la enteritis alcohólica; en el de la XXIII, una pleuro-neumonía, probablemente tuberculosa; en el de la XII, la bronquitis capilar y la neumonía; en la X, la tuberculosis pulmonar; y en la XVI, la peritonitis crónica.

Se ve pues, que en ninguno de nuestros enfermos ha sido producida la muerte por el desarrollo natural de la enfermedad.

Para el Sr. Galan, es necesario tener en cuenta tambien las lesiones del corazon derecho, que hemos señalado como constantes; es decir, la dilatacion del corazon derecho con adelgazamiento de sus paredes, y acompañada ó nó de la insuficiencia tricúspide; porque en muchos casos nos explicarían la muerte repentina, sobre todo, cuando esta dilatacion se acompaña de la hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Veamos cual es el mecanismo por cuyo medio explica el Sr. Galan la muerte en estos casos, para lo cual necesitamos distinguir dos especies: cuando solo existe la dilatacion del ventrículo derecho, y cuando esta viene acompañada de la hipertrofia del ventrículo izquierdo. En el primer caso, la muerte es el resultado de la parálisis del corazon causada por la acumulacion del ácido carbónico en la sangre: en efecto, el primer resultado de la dilatacion del ventrículo derecho es, una tendencia á la éxtasis y un aumento de tension en toda la sangre venosa; isquemia y disminucion de tension, en toda la pequeña circulacion, lo cual tiene lugar en virtud de la ley formulada por Jaccoud: "*En la ectasia cardiaca, hay isquemia y disminucion de presion en todos los vasos situados adelante de la dilatacion; hay éxtasis y aumento de presion en todos los vasos situados atrás.*" Ahora bien, esta isquemia pulmonar produce una disminucion en los fenómenos de la hematosi y por lo mismo, la acumulacion del ácido carbónico en la sangre: este ácido carbónico puede, obrando sobre el neumo-gástrico, determinar la parálisis del corazon.

Cuando con la dilatacion del corazon derecho coincide la hipertrofia del ventrículo izquierdo, entonces la muerte puede ser el resultado del aumento de la presion intravascular. La dilatacion del corazon derecho produce, como en el caso anterior, la éxtasis y aumento de presion en el sistema venoso; pero la hipertrofia del ventrículo izquierdo hace que tambien aumente la presion en el sistema arterial; habrá pues, aumento general de la tension sanguínea, que se hará, sobre todo, sentir en los puntos en que se encuentran las dos sangres, la venosa y la arterial; es decir, en los capilares. Si estos capilares son de paredes delicadas, como sucede en el cerebro y en el pulmon, pueden no resistir á este grande aumento de presion y romperse, lo que puede producir la muerte

del enfermo. Otras veces sucederá que, el aumento de la presión intravascular no sea bastante para determinar la ruptura de los vasos; pero entonces se producirá, cuando menos, una hiperemia, que se revelará en el cadáver por el estado de arenillas ó el estado cribado del cerebro y que basta para la muerte del enfermo. Así pues, en el caso en que la dilatación del corazón derecho venga acompañada de la hipertrofia del ventrículo izquierdo, la muerte puede ser el resultado de rupturas vasculares determinadas por el aumento de presión intra-vascular.

Tal vez esta fué la causa de la muerte en Agustina Moreno (obs. IV.)

COMPLICACIONES

Una de las complicaciones más comunes es el enfisema pulmonar, que se manifiesta por sus síntomas propios y que hemos observado en ocho enfermos: obs. III, VI, XI, XIII, XIV, XVII, XVIII y XX.

Nada dijimos del alcoholismo porque hemos hablado de él al tratar de la etiología y de la sintomatología, solo agregaremos que hemos observado el delirium tremens en el número II y el delirium tremens en el número VI, que también el alcoholismo por un tiempo este caso á que atribuído, aunque no sea esta la forma común del delirium tremens, se manifiesta al principio, cuando no sea esta la forma común del delirium tremens, se manifiesta en la forma de un delirium tremens, y por tanto no volveremos sobre ellas.

Las intermitentes las hemos visto en dos casos; en el número IV y en el número XIX. La intermitencia en los casos VIII y IX.

Si por esta parte nada tenemos que agregar á lo que hemos dicho en la sintomatología, no sucede de mismo con las lesiones del corazón que, como vimos á vez, una de las complicaciones, tal vez de las más importantes, como un elemento que acompaña siempre á la enfermedad de Addison, tal como se presenta entre nosotros.

Al ocuparnos en este momento de las lesiones del sistema circulatorio que tenemos consignadas en nuestras observaciones nos detendremos únicamente en aquellas que hoy nos presentada algunas particularidades en su sintomatología, ó alguna dificultad en su diagnóstico, y nos limitaremos á solo indicar las demás.

En el enfermo número I nos encontramos desde luego con una dificultad de interpretación; en él se creyó observar durante la vida un soplo al segundo tiempo, colocado al nivel de la articulación de la segunda costilla izquierda, y que se propagaba en la dirección de la clavícula izquierda, cuyo soplo coincidía con un fenómeno pericardíaco, extendido á toda la región y ocupando todos los tiempos de la revolución del corazón; tal como con una hipertrofia del ventrículo izquierdo. Con estos datos se hubiera uno creído autorizado á diagnosticar la existencia de restos de pericarditis y una insuficiencia pulmonar, mas el Sr. Galán no lo admitió en su diagnóstico de la insuficiencia, sino que lo dió como probable, fundándose en la rareza extrema de esta afección y en el estado agudo de la enferma. La autopsia nos vino á probar la justicia de esta reserva, demostrándonos que no había insuficiencia, sino una inflamación reciente de la arteria pulmonar, lo que bastaba para explicar el soplo, porque es de creerse que en este caso no tendríamos más que el elemento

del enfermo. Otras veces sucede que el aumento de la presión intravascular no sea bastante para determinar la ruptura de los vasos; pero entonces se produce, cuando tienen una hipertensión, que se revela en el cadáver por el estado de tensión de las arterias y que basta para la muerte del enfermo. Así pues, en el caso en que la dilatación del corazón derecho venga acompañada de la hipertrofia del ventrículo izquierdo, la muestra puede ser el resultado de rupturas vasculares determinadas por el aumento de presión intra-vascular.

(VI) Tal vez esta fide la causa de la muerte en Agustina Moreno (obs. IV).

COMPLICACIONES.

AL ocuparnos de la anatomía patológica hemos dejado consignadas las principales complicaciones que se pueden presentar en el mal de Addison, y hemos visto que aunque ellas eran sumamente variadas habia, sin embargo, algunas que se observaban con una frecuencia notable, pues en las nueve autopsias las encontramos; estas son, las lesiones del corazon. Sin volver á las autopsias que hemos analizado en otro lugar, nos ocuparemos ahora solamente de las complicaciones observadas en los enfermos que no han sucumbido, ó bien en aquellos que han presentado durante su vida algo digno de ser notado, y que no consta en la observacion anatómica por referirse únicamente á la sintomatología.

Una de las complicaciones mas comunes es el enfisema pulmonar, que se manifiesta por sus síntomas propios y que hemos observado en ocho enfermos: obs. III, VI, XI XIII, XIV, XVII, XVIII y XX.

Nada diremos del alcoholismo porque hemos hablado de él al tratar de la etiología y de la sintomatología, solo agregaremos, que hemos observado el delirium tremens en el número II; y el delirio de persecucion en el número VI, que referimos al alcoholismo por no tener otra causa á que atribuirlo, aunque no sea esta la forma comun del delirio alcohólico.

Las otras afecciones pulmonares que complican la enfermedad, han sido ya indicadas en la anatomía patológica, y, por tanto no volveremos sobre ellas.

Las intermitentes las hemos visto en dos casos; en el número IV y en el número XIX. La sífilis tambien en dos casos, VIII y IX.

Si por esta parte nada tenemos que agregar á lo que hemos dicho en la sintomatología, no sucede mismo con las lesiones del corazon que, como vamos á ver, mas que complicaciones, tal vez deban considerarse como un elemento que acompaña siempre á la enfermedad de Addison, tal como se presenta entre nosotros.

Al ocuparnos en este momento de las lesiones del centro circulatorio que tenemos consignadas en nuestras observaciones, nos detendremos únicamente en aquellas que hayan presentado algunas particularidades en su sintomatología, ó alguna dificultad en su diagnóstico, y nos limitaremos á solo indicar las demás.

En el enfermo número I nos encontramos desde luego con una dificultad de interpretacion: en él se creyó observar durante la vida un soplo al segundo tiempo, colocado al nivel de la articulacion de la segunda costilla izquierda, y que se propagaba en la direccion de la clavícula izquierda; cuyo soplo coincidia con un frotamiento pericardiaco, extendido á toda la region y ocupando todos los tiempos de la revolucion del corazon; así como con una hipertrofia del ventrículo izquierdo. Con estos datos, se hubiera uno creido autorizado á diagnosticar la existencia de restos de pericarditis y una insuficiencia pulmonar; mas el Sr. Galan no fué afirmativo en su diagnóstico de la insuficiencia, sino que lo dió como probable, fundándose en la rareza extrema de esta afeccion y en el estado agónico de la enferma. La autopsia nos vino á probar la justicia de esta reserva, demostrándonos que no habia insuficiencia, sino una inflamacion reciente de la arteria pulmonar, lo que bastaba para explicarnos el soplo; porque es de creerse que en este caso no teniamos mas que el elemento

puramente cadavérico, que nos faltaban ya las lesiones dinámicas que debían producir las lesiones estáticas, (inflamación) que encontramos; en efecto, es posible admitir que este estado inflamatorio de las válvulas pudo haber determinado una insuficiencia de que ya nosotros no encontramos huellas, ó mejor dicho, no encontramos otras que los restos de la inflamación.

En el enfermo de la observación II, se notó la desaparición del segundo ruido de la base y á la izquierda, que parecía indicarnos el primer grado de una lesión de la pulmonar, y sin embargo, á la autopsia se encontró á la pulmonar enteramente sana, lo que nos hace creer que hubo un error en la observación de este enfermo, durante su vida.

Si recorremos los autores que tratan de las lesiones del corazón, nada parece más fácil que la distinción de los ruidos que pasan en el pericardio, de aquellos que tienen su sitio en los orificios, mismos del corazón; pues los signos diferenciales que nos dan son enteramente diversos en los dos casos. Los ruidos que pasan en el pericardio, es decir, el frotamiento pericardiaco, presenta los caracteres siguientes: es un ruido superficial, extendido en lámina, no presenta máximun de intensidad, ó si lo tiene, este no corresponde á ninguno de los orificios del corazón; no presenta generalmente ningun isocronismo con los tiempos de la revolución del corazón; el frotamiento es un ruido que no se propaga, sino que muere en el mismo lugar en que nace.

Los ruidos intracardiacos, ó mejor dicho, los soplos valvulares, presentan caracteres enteramente opuestos: son ruidos afilados, mas profundos que el frotamiento, siempre tienen un punto en que se oyen con mas intensidad, punto que Jaccoud ha llamado *foco*; se propagan segun direcciones fijas para cada orificio; y, por último, siempre coinciden con algun tiempo de la revolución del corazón, siempre son sistólicos, diastólicos ó presistólicos.

Vemos, pues, que la distinción parece muy fácil, y lo es en efecto, cuando se presentan reunidos todos ó la mayor parte de estos caracteres, como ha sucedido en varias de nuestras observaciones en las cuales la interpretación se hizo sin dificultad: (obs. IV, VI, VIII, XI, XII, XIII, XIV, XVIII, XIX, XXII y XXIII).

Pero al lado de estos casos hay otros muchos en los cuales, á virtud de circunstancias especiales, la distinción es sumamente difícil. En efecto; en muchos casos, aún para oídos ejercitados, es muy difícil poder discernir si el ruido es superficial ó profundo, si es extendido en lámina ó es afilado; tanto mas cuanto que, en muchos casos se presentan los dos ruidos simultáneamente en el mismo enfermo, como ha sucedido en las observaciones V, IX, XV, XVI, XVII y XX. El segundo carácter, el de no presentar máximun de intensidad, ó que cuando existe no corresponde á ningun orificio, no es constante; puede faltar en el caso en que existan placas lechosas colocadas al nivel de los orificios valvulares, como lo hemos visto varias veces, y entre otras, en la enferma número IX, que tenia un frotamiento en toda la region, presentando su máximun de intensidad en el lugar en que latia la punta del corazón, exactamente como en las lesiones mitrales; pero en este caso los demás caracteres nos sirvieron para distinguirlo de un soplo. Tampoco es cierto el tercer carácter; á saber que el frotamiento no se propaga y el soplo sí; porque el frotamiento puede propagarse y se propaga en efecto muchas veces á una gran distancia, al grado de poderse oír en la parte posterior del tórax; y los soplos, por otra parte, pueden ser perfectamente circunscritos.

Pero si todos estos signos diferenciales no son constantes y característicos, en cambio hay uno que si lo es, y que siempre nos permitirá llegar al diagnóstico, cualquiera que sea la dificultad del caso; y es, el carácter sacado de la constancia de los soplos y de la variabilidad del frotamiento. En efecto, mientras que el frotamiento es un ruido que de un día á otro se modifica, no solo en su intensidad sino tambien en la extensión en que se oye, bastando el simple cambio de posición del enfermo para que se presenten estas modificaciones; el soplo, por el contrario, es un ruido fijo que no sufre ninguna modificación por estos cambios de posición del enfermo. Fundados en este carácter hemos podido llegar al diagnóstico en algunas de nuestras observaciones; por ejemplo, en el número III. El primer día que se examinó á este enfermo, se señaló la existencia de un ruido que fué tomado por un soplo indicando la insuficiencia tricúspide; pero algunos dias mas tarde los fenómenos estetoscópicos habian cambiado notablemente; advirtiéndose, el día 13 de Diciembre, la

existencia de tres soplos: uno en la base al primer tiempo, dirigiéndose á la mitad de la clavícula izquierda; y los otros dos en la punta, en el apéndice sifoide, ocupando los dos tiempos. Nos llamó desde luego la atención la existencia de estos tres soplos porque indicaban lesiones sumamente raras, como son el estrechamiento pulmonar, y la doble lesión tricúspide; y por eso nos preguntamos si no serían mas bien que soplos, ruidos que tubieran su sitio en el pericardio. Auscultando con mas cuidado creimos notar que el segundo soplo de la punta era superficial y extendido en lámina, lo que nos separaba ya la de la idea del estrechamiento tricúspide. Para confirmar mas nuestro juicio y ver si los otros soplos eran tambien frotamientos, hicimos cambiar de posición al enfermo, y por este medio, nos aseguramos de que no solo el segundo ruido de la punta, sino tambien el de la base, eran producidos por un frotamiento pericardiaco; en tanto que el ruido de la punta al primer tiempo era realmente un soplo. En efecto, auscultando á la enferma acostada, el soplo de la base desapareció, y el soplo al segundo tiempo de la punta cambió de sitio y de intensidad, mientras que no sufrió ninguna modificación el otro soplo de la punta.

Las mismas dificultades se nos han presentado en las obs. IX y XV respecto del soplo al segundo tiempo de la base, habiéndonos servido tambien del cambio de posición como medio de diagnóstico.

Otra de las lesiones que hemos encontrado con alguna frecuencia es la dilatación del corazón derecho (obs. II, IV, V, XVI, XVII y XXIV). Los síntomas que nos han servido para diagnosticarla han sido dos principalmente: aumento del diámetro transversal demostrado por la percusión, y, sobre todo, el hecho de que á la auscultación los ruidos del lado derecho han sido mas claros y mas débiles que los del izquierdo. Los otros síntomas que los autores señalan, como el pulso venoso, los latidos epigástricos, los edemas etc., solo en el número 24 los hemos visto, á pesar de haberlos buscado en todos los otros casos.

Cuando la dilatación del corazón es muy considerable, generalmente se acompaña de una insuficiencia de la tricúspide á la cual, los autores alemanes, sobre todo, han llamado insuficiencia relativa y que tambien podría llamarse insuficiencia mecánica: porque, en efecto, es causada únicamente por el aumento de la circunferencia del orificio: este aumento hace que la válvula tricúspide cuyas dimensiones son suficientes en circunstancias normales para cerrar un orificio que tiene tambien dimensiones dadas, no lo sean para otro de mayores dimensiones. Esta insuficiencia pudo ser diagnosticada durante la vida en dos casos, en la enferma de la observación III y en la del número 20. En el número 3, solo se manifestó por un soplo sistólico característico, faltando los otros síntomas. En el número 20, el cuadro fué completo: además del aumento de la macidez transversal, y del ruido de tórtola ocupando el primer tiempo y dirigiéndose hácia la derecha con máximo de intensidad al nivel de la cuarta costilla derecha, cerca del esternon, vemos señalada la existencia del pulso venoso y de los latidos epigástricos, que juntos con el edema, vienen á completar el cuadro clásico de la insuficiencia tricúspide.

En otros dos casos la dilatación del corazón derecho pasó desapercibida durante la vida, (obs. I y XII. La insuficiencia tricúspide pasó igualmente ignorada en los enfermos I, V, XVI y XXIII.

En la enferma número VI tenemos una prueba de la necesidad que hay, para llegar al diagnóstico de las lesiones del corazón, de atender á todos los síntomas generales y locales, y no limitarse á los signos obtenidos por la auscultación. Si en esta enferma nos hubiéramos limitado á la simple auscultación de la región precordial, habríamos llegado á este diagnóstico, *restos de pericarditis*; y se nos habría escapado la lesión principal, es decir, la insuficiencia aórtica, que solo se nos reveló por los caracteres del pulso que era regular, fuerte, amplio y dicrótico, acompañándose además de pulsaciones apreciables á la simple vista en las arterias superficiales como la axilar, humeral, radial, y cubital. Pero lo que sobre todo venía á hacer indudable la insuficiencia aórtica era el trazo esfigmográfico, que siento no poder intercalar por ser un bello ejemplar. En este trazo se ven perfectamente dibujados los caracteres que le han asignado al pulso de Corrigan: la línea de ascensión, perfectamente vertical, tiene 16 milímetros de longitud; el vértice presenta el gancho característico, y la línea de descenso ofrece un doble dicrotismo perfectamente marcado;

la línea que une todos los vértices es horizontal, lo mismo que la que une las bases; además, el intervalo que separa las pulsaciones es igual en todos, lo cual nos demuestra la regularidad del pulso.

Esta observación tiene otro punto de enseñanza demostrándonos la utilidad de sacar el trazo varias veces; pues el primer día que observamos á la enferma, el trazo era el que hemos descrito, sin que hubiera nada en él que nos indicara el ateroma, á pesar de sentirse la arteria dura al dedo; pero en el trazo que sacamos á la salida de la enferma, se ven perfectamente marcados los caracteres tanto de la insuficiencia como del ateroma. He aquí los caracteres de este trazo: línea de ascension enteramente vertical de 1 centímetro, vértice reemplazado por una meseta horizontal, línea de descenso con el dicrotismo característico, aunque sencillo; pulso perfectamente regular é igual.

A pesar de que todos los autores consideran el trazo de la insuficiencia aórtica como patognomónico, y nosotros nos hemos servido de él para el diagnóstico de la insuficiencia aórtica en muchos casos; tal vez no lo sea en todos. Nosotros á lo menos, poseemos una observación que tiende á destruir esa creencia. Hé aquí el caso en resumen: en una enferma que tuvo un tumor pelviano, ocupando, sobre todo, la fosa iliaca derecha y que comprimía la arteria iliaca, el trazo esfigmográfico sacado en la radial, tenia todos los caracteres del trazo de la insuficiencia aórtica: pues bien; á la autopsia de esa mujer, nos encontramos el orificio y las válvulas sigmoideas de la aorta perfectamente normales. Aunque este hecho sea único, creemos que no seria inútil el que se hicieran investigaciones para ver qué influencia tienen las perturbaciones de la circulación abdominal sobre los caracteres del pulso radial.

La insuficiencia aórtica ha existido tambien en los enfermos XII, XV, XVII y XXII, en los cuales se nos ha manifestado por la existencia de un soplo diastólico en la base del corazon: en el número XV, el trazo esfigmográfico vino á confirmar el diagnóstico; en el número XVII, aunque no hay trazo, sí nos dice la observación que el pulso era amplio, fuerte y dicoto. En la enferma de la observacion XV, el soplo tenia su máximun de intensidad en la union de la tercera costilla derecha con el esternon; es decir, en el foco aórtico de Jaccoud. En los enfermos números XVII y XXII, el punto máximo estaba colocado en la union de la tercera costilla izquierda con el esternon; es decir, casi en el punto en que Jaccoud coloca el foco de la pulmonar, ¿cómo, pues, hemos diagnosticado en los tres casos insuficiencia aórtica? lo que nos sirvió de guía para el diagnóstico fué el sentido en el cual se propagaban los ruidos, que era hácia la clavícula derecha y no á la izquierda, sujetándonos en este punto á la práctica de Bouillaud.

Este autor dice, que para que se pueda llegar al diagnóstico de una lesion de los orificios del corazon, por la auscultacion, se necesitan tres condiciones: 1^a, ver en qué tiempo y en qué punto se produce el ruido anormal; 2^a, ver en qué sentido se propaga; y, por último, ver el punto dónde existen los ruidos normales; sin esta última condicion el diagnóstico tiene que ser dudoso. Para Jaccoud basta ver el tiempo en que pasa el ruido anormal, y el punto donde tiene su máximun, sin ocuparse de los ruidos normales. Para nosotros es mas práctica y mas exacta la regla de Bouillaud que la de Jaccoud; porque, siguiendo el método de Bouillaud, siempre será posible llegar al diagnóstico, puesto que siempre habrá un punto donde se oigan los ruidos normales y otro en el cual se produzcan los anormales, cualesquiera que sean las relaciones de los orificios del corazon con la pared torácica; mientras que con el de Jaccoud está uno expuesto á equivocarse con mas frecuencia; porque las relaciones del corazon, y sobre todo de sus orificios, con la pared torácica no siempre son las mismas, aun en el estado normal, como lo prueban las investigaciones hechas por el Sr. Mejia, con el objeto de aclarar este punto, y que sirvieron de materia de tesis á mi compañero el Sr. Estrada. Por otra parte, estando la aorta y la pulmonar tan cerca una de la otra que se cruzan en su nacimiento, es claro que en el mismo punto se deben oír los ruidos de los dos; pues bien, si no se consulta el sentido en que se dirige el ruido anormal y el punto en que aparecen los ruidos normales, no es fácil decir si se trata de una lesion aórtica ó pulmonar. Como prueba de esta necesidad de buscar los ruidos normales, tenemos nuestra observacion XXIV, en la

qual se oyó un doble soplo al nivel de la union de la tercera costilla izquierda con el esternon: si á esto hubiéramos limitado nuestro exámen nos hubiéramos inclinado á admitir la doble lesion aórtica, dada la rareza de las lesiones pulmonares; pero buscando el sentido en que se propagaban los soplos y el punto donde aparecian los ruidos normales, nos pudimos convencer de que se trataba de una insuficiencia y un estrechamiento pulmonar. En efecto, los soplos se dirigían hácia la mitad de la clavícula izquierda, mientras que á la derecha aparecian los ruidos normales: por otra parte, el trazo esfímográfico nos confirmó hasta cierto punto en esta idea, pues no tiene los caracteres que corresponden al estrechamiento é insuficiencia aórtica, y lo único anormal que presenta es un dicrotismo mas marcado que el que existe normalmente. En este enfermo teniamos otra razon para admitir la afeccion pulmonar, y era, la dilatacion exagerada del corazon derecho, la cual pudo haber hecho que la endocarditis se localizara, sobre todo, en la arteria pulmonar.

Los autores alemanes, haciendo una ligera modificacion á las ideas de Bouillaud, además del foco de las sigmoideas aórticas que colocan al nivel de la articulacion asternal de la tercera costilla derecha distinguen, como Bouillaud, un foco para la parte ascendente de la aorta que estaria situado, segun Niémeyer, entre la extremidad esternal de la tercera costilla izquierda y la extremidad esternal del segundo espacio intercostal derecho; mientras que Bouillaud, lo coloca en todo el espacio que está comprendido desde la tercera articulacion condro-esternal izquierda hasta la union de la tercera costilla derecha con el esternon.

En apoyo de la opinion de Bouillaud tenemos la observacion V; en la cual se diagnosticó durante la vida el ateroma aórtico, fundándonos en la existencia de un soplo sistólico cuyo máximun de intensidad estaba situado en el foco aórtico de Jaccoud; este diagnóstico fué comprobado por la autopsia.

El número XVI por el contrario, parece confirmar las ideas de Jaccoud tocante á los focos; pues el soplo de la insuficiencia aórtica estaba al nivel de la tercera costilla derecha con el esternon. Es bueno, sin embargo, advertir que en la autopsia de esta enferma, se encontró el ateroma acompañado de la insuficiencia aórtica.

Este solo caso nada prueba en pró ni en contra en la cuestion: y si lo señalamos es porque creemos que el primer deber científico es la buena fé en toda investigacion; aunque proceder así sea dar argumentos contra la opinion que se profesa.

DIAGNOSTICO.

CUANDO en un enfermo se presenta el cuadro completo de los síntomas que hemos señalado; es decir, la astenia, la melanodermia con los caracteres que le hemos asignado, las perturbaciones digestivas y los dolores lumbo-epigástricos; y todo esto sin causa que lo explique, el diagnóstico es de los mas fáciles, de los mas característicos y de los mas precisos: se trata de un mal de Addison. Solo en el enfermo de nuestra observacion XIV se ha presentado este cuadro tan completo, y desprovisto de toda complicacion; pero aun en este caso faltan las perturbaciones digestivas. Mas esta facilidad de diagnóstico desaparece cuando, como sucede generalmente, la enfermedad de Addison se presenta acompañando á otros estados caquéticos; ó bien, al principio de la enfermedad, cuando la melanodermia aun no aparece.

En el segundo caso, el diagnóstico, como lo hemos dicho ya, pierde toda su exactitud; y mas que un diagnóstico, es una sospecha. Cuando un enfermo se queja de debilidad progresiva, de perturbaciones digestivas y de dolores lumbo-epigástricos, y que por mas que se busca no se encuentra la explicacion en ninguna parte, en este caso se debe por vía de exclusion admitir el mal de Addison; pero es necesario que todos estos síntomas tengan los caracteres que les hemos asignado en la sintomatología. Hemos visto, al tratar de la etiología, que la enfermedad de Addison desgraciadamente casi nunca es primitiva; sino que en la generalidad de los casos, se presenta acompañando ó acompañada de otros estados morbosos. En estos casos, dice Jaccoud, los fenómenos característicos existen, es verdad; pero pierden todo su valor preciso por el solo hecho de que se han desarrollado en individuos atacados ya, desde un tiempo mas ó menos largo, de una afeccion eminentemente asténica, la escrófula, la tuberculosis, y el cáncer; y nosotros, con el Sr. Bandera, agregaremos el alcoholismo: en estos casos el diagnóstico es casi imposible, porque los síntomas observados se atribuyen con razon á la evolucion natural de la enfermedad primera. Se ha aconsejado hacer una apreciacion comparativa del estado de las fuerzas del individuo, así como de los desórdenes causados por la enfermedad primera, y despues, si la astenia está fuera de proporcion con las lesiones viscerales demostradas, se estaria en el derecho de admitir el desarrollo de la enfermedad de Addison; pero, como lo dice muy bien Jaccoud, este cálculo de probabilidades no puede servir de base á un diagnóstico riguroso: se puede, cuando mas, tener presunciones que solo la muerte ó la aparicion de la melanodermia pueden disipar.

Con la aparicion de la coloracion de la piel se presentan otras dificultades en el diagnóstico, que son de las que nos vamos á ocupar. Ante todo debemos resolver esta cuestion: ¿basta la coloracion de la piel, con los caracteres que le hemos asignado, para establecer el diagnóstico de enfermedad de Addison? Todos los autores convienen en que es necesario que se presenten algunos otros fenómenos, cuando menos la astenia, para poder establecer el diagnóstico; dando por razon el que la melanodermia es un síntoma que se observa en un gran número de enfermedades; y, sin embargo, á renglon seguido, pasan á hacer el diagnóstico diferencial de estas coloraciones de la piel, llegando por último á esta conclusion: *hay una melanodermia que tiene caracteres particulares y que solo se presenta en la enfermedad de Addison.*

Fundados en esta especie de contradiccion de los autores, nosotros creemos que, si en la generalidad de los casos es necesaria la presencia de algunos otros síntomas para establecer el diagnóstico, hay, sin embargo, casos en los cuales la coloracion es tan característica que puede uno

con muchas probabilidades admitir el mal de Addison por solo su presencia; al menos en el estado actual de nuestros conocimientos, mientras se hacen estudios mas completos sobre la coloracion de la piel en las enfermedades. Tal vez al emprender este estudio se llegue á imputar al alcoholismo muchas de estas coloraciones; pero mientras estos estudios no se hagan, nos creemos autorizados á referir al mal de Addison los casos de melanodermia que hemos visto en las observaciones I, VII, X, XII y XXI.

En las observaciones VII, X y XXI, no poseemos ningun antecedente; solo la autopsia existe; y en las otras dos, los antecedentes son de tal modo incompletos que podemos considerarlos como nulos. Pues bien, en estos cinco casos hemos dado el diagnóstico de mal de Addison fundados únicamente en la coloracion de la piel, que presentaba los caractéres que los autores han asignado á la enfermedad bronceada.

En otras muchas de nuestras observaciones se presentan iguales dificultades; porque, aun cuando hayan existido algunos ó todos los síntomas de la enfermedad de Addison, estos, sin embargo, podian encontrar su explicacion en las otras enfermedades de que estaban afectados los pacientes. Pero habiendo en todos ellos existido la melanodermia con los caractéres que hemos descrito como propios á la astenia suprarenal; y como las enfermedades por las cuales entraron al hospital no podian darnos la explicacion de la coloracion, hemos admitido la enfermedad bronceada de Addison.

En la *Venus Negra*, (obs. IV), el hecho de haber entrado al hospital con intermitentes, lo mismo que el haberlas padecido anteriormente en tierra caliente, podría hacer creer en la existencia de la melanemia mas bien que en la melanodermia asténica. Haremos notar en primer lugar que la existencia de fiebres intermitentes en un enfermo, no tiene valor para el diagnóstico diferencial; porque se pueden presentar en las dos enfermedades: debemos pues buscar los elementos del diagnóstico en otra parte.

Hay desde luego un carácter que por sí solo basta para establecer el diagnóstico: cuando en un enfermo que tiene melanemia se saca una gota de sangre para examinarla en el microscopio, se ven los corpúsculos pigmentarios mezclados con los elementos propios á la sangre. Estos corpúsculos se presentan al observador bajo tres formas principales: bajo la forma de celdillas, de masas ó de cilindros; son ordinariamente negros, algunas veces morenos ó de un tinte oscuro, y una que otra vez tienen un color amarillo rojizo. Estos tintes representan las diversas facces de las trasformaciones de la hematina. En la enfermedad de Addison nunca se observa el pigmento en la sangre. Pero puesto que no hicimos en nuestra enferma el exámen de la sangre es necesario que busquemos en otra parte los elementos para llegar al diagnóstico. Aunque en las dos enfermedades se presenta la melanodermia, tiene, sin embargo, caractéres diferentes en cada una de ellas. En la melanemia la coloracion de la piel está igualmente repartida por toda la superficie, es uniforme en su distribucion, el tinte de la coloracion casi nunca llega á negro; generalmente es un color ceniciento ó cuando mas toma un tinte moreno amarilloso mas ó menos oscuro: y, por último, nunca se presentan manchas en las mucosas visibles. La coloracion del mal de Addison tiene caractéres enteramente opuestos; como lo hemos dicho ya en la sintomatología. Pues bien, si hacemos la aplicacion de estos caractéres á Agustina Moreno, veremos que la coloracion llena las condiciones de la melanodermia de Addison, y se aleja mucho de la melanemia, al grado de no ser posible la confusion en presencia de la enferma; y jamas hubiera sido posible confundir el caso de nuestra enferma á quien hemos llamado la *Venus Negra*, con un caso de melanodermia palustre.

Careciendo de observaciones personales que nos sirvan de base para establecer el diagnóstico diferencial entre la melanodermia del mal de Addison y las otras enfermedades susceptibles de dar nacimiento á coloraciones anormales de la piel, para hacer este estudio, nos serviremos principalmente de la tesis del Dr. Fabre sobre las melanodermias, por ser la obra en que hemos visto mejor tratada la cuestion.

Ciertos estados caquécticos son susceptibles de dar nacimiento á coloraciones anormales de la piel, que, á primera vista, pudieran confundirse con la melanodermia del mal de Addison: tales son, las caquexias tuberculosa, cancerosa, senil y, sobre todo, la caquexia de la pelagra.

Las melanodermias que se pueden observar en la tuberculosis son de dos clases: una, que se desarrolla cuando los tubérculos han invadido las cápsulas suprarrenales; ó mejor dicho, los órganos cuya lesión provoca los síntomas de la astenia suprarrenal; y otra, que es independiente de la alteración de las cápsulas y que se desarrolla únicamente bajo la influencia de la caquexia. Esta última es la única que pudiera inducir á error; porque la primera, no es mas que una enfermedad de Addison secundaria. Los caracteres que sirven para diferenciar estas dos coloraciones, son los siguientes: la coloración de los tísicos nunca es general, casi siempre queda limitada á la cara, ó cuando mas, invade la parte superior del tórax; tiene un tinte terroso, sin presentar nunca manchas en la piel, ni en las mucosas: generalmente es tardía en su aparición; pues tiene lugar cuando la caquexia está plenamente desarrollada. En el mal de Addison los caracteres son opuestos: la coloración, casi siempre, es general; no es uniforme en su distribución; el tinte es cobrizo ó mas ó menos negro, generalmente viene acompañada de manchas en la piel y en las mucosas; y, por último, se desarrolla antes de que aparezcan los síntomas caquéticos de la enfermedad.

En el cáncer, lo mismo que en la tuberculosis, se puede segun Fabre, producir la melanodermia de dos maneras: indirectamente, en los casos en que la alteración cancerosa ha invadido primitiva ó consecutivamente las cápsulas suprarrenales ó el gran simpático abdominal, y en este caso se trata de una enfermedad de Addison secundaria; ó bien directamente, cuando sin invadir las cápsulas suprarrenales, la caquexia cancerosa está bastante desarrollada para producir una alteración considerable en la composición de la sangre y en la nutrición de los tejidos; ó tambien, cuando la diátesis cancerosa se complica de melanosis. Estas dos formas de melanodermia cancerosa se pueden distinguir: 1.º, por los síntomas, que en el primer caso son los del mal de Addison, mientras que en el segundo son únicamente los del estado caquético especial; 2.º, por la coloración oscura de las membranas mucosas, que se observará en el primero y no en el segundo caso; y 3.º, por la época en que aparezca la melanodermia, que será precoz en la enfermedad bronceada, y solo aparecerá en el otro caso cuando ya la caquexia está muy avanzada.

De todas las melanodermias caquéticas, la que presenta mas semejanzas y al mismo tiempo mas diferencias con la asténica, es la de la pelagra. En efecto, en la pelagra la piel toma un color café oscuro ó negro que puede generalizarse; y que es, sobre todo, intenso en los puntos del cuerpo que están expuestos á los rayos solares, como sucede con la cara y con el dorso de las manos: si se agregan los vértigos, la debilidad y los dolores abdominales se ve que el cuadro es muy semejante al de la enfermedad de Addison: pero á esto se limitan las semejanzas; todos los otros síntomas, así como la marcha de la enfermedad, son completamente diferentes. Si se estudia con mas cuidado la melanodermia en las dos enfermedades se nota que, aun en este síntoma existen diferencias que por si solas permiten hacer el diagnóstico diferencial. La melanodermia de la pelagra, casi siempre viene precedida de la erisipela pelagrosa, que se acompaña de mucha comezon; la piel toma una consistencia dura y un aspecto rugoso; la coloración se acompaña de una descamación furfuracea que deja á la piel una coloración roja que se ha comparado á la cicatriz producida por una quemadura superficial. Nada de esto pasa con la melanodermia del mal de Addison.

La caquexia senil suele venir acompañada de una coloración difusa y generalizada á todo el tegumento, que á primera vista podria inducir á error; pero puede distinguirse siempre de la melanodermia del mal de Addison, porque el tinte es uniforme, sin ser mas oscuro en las partes que hemos indicado; y porque nunca se observa coloración en las mucosas: además, si todavía hubiera duda se la podria disipar atendiendo á la ausencia de los otros síntomas que hemos dado como propios de la astenia suprarrenal.

Debemos detenernos un instante sobre una forma de melanodermia poco conocida entre nosotros, descrita por Fabre con el nombre de *melanodermia phithirásica*. En la generalidad de casos esta enfermedad se caracteriza únicamente por la existencia de un gran número de piojos y perturbaciones de parte de la piel; pero hay casos excepcionales en que viene acompañada de síntomas que se parecen mucho á los del mal de Addison, hasta el punto de que algunos autores han

confundido las dos enfermedades. Esta forma excepcional ha sido observada en los individuos que han estado sometidos á grandes privaciones, á consecuencia de las cuales han caído en un estado de inanición que simula perfectamente un estado caquéctico.

El Dr. Fabre cita algunas observaciones que han sido publicadas como casos de mal de Addison sin alteración de las cápsulas suprarrenales y que, según él, fundándose en los caracteres de la coloración, y en la gran cantidad de piojos que se citan en la observación, no son mas que casos de *melanodermia phthiriásica*.

Copiaremos de su obra el resumen de los síntomas de la *melanodermia phthiriásica*, y los medios de establecer el diagnóstico diferencial con la melanodermia del mal de Addison. "Además de una capa de mugre que los baños hacen desaparecer rápidamente, puede existir en las personas que están cubiertas de piojos, una coloración exagerada de las celdillas epidérmicas; esta coloración es morena sépia. Es mucho mas intensa en las partes que están cubiertas por los vestidos y que están mas al abrigo de los frotamientos; la cabeza, las manos, los piés, el cuello son lo mas á menudo libres de esta pigmentación, ó cuando menos tienen un tinte menos oscuro que el resto del cuerpo. = Los pliegues articulares no son mas oscuros que el resto del cuerpo. Las mucosas, al menos las accesibles á la vista, no participan de este aumento en la coloración. Generalmente las manchas son coloridas uniformemente, y á medida que se aproximan á las partes que tienen un tinte normal van borrándose gradualmente, sin estar limitadas por un contorno mas ó menos regular. = La pigmentación pocas veces se presenta bajo forma de placas circunscritas. La piel está algunas veces rugosa; siempre nos ha parecido seca; la función sudoral parece suprimida; la epidérmis está habitualmente espesa, en ciertos lugares es lisa y luciente. = Las diversas capas epidérmicas están provistas de pigmento; la acción de rascarse quita un gran número de celdillas pigmentarias, dejando una coloración mas clara que en los puntos cercanos. = Esta melanodermia coincide, casi siempre, con comezónes atroces; casi constantemente existe prúrigo. = Puede sobrevenir, tanto en las personas robustas como en las que están debilitadas por la edad, los excesos, las privaciones ó las enfermedades. = Los insomnios debidos á la comezón pueden traer una debilidad considerable y las diversas perturbaciones nerviosas que Alibert ha observado y descrito en los phthiriásicos. Además: las condiciones higiénicas, generalmente malas, que favorecen la repululación de los piojos contribuyen á traer este estado de debilidad. = Esta melanodermia tiende á desaparecer desde que se quita la causa."

A esta melanodermia phthiriásica reuniremos nosotros, con Fabre, las enfermedades que han sido descritas con los nombres de melanodermia por privación; la enfermedad pseudo-bronceada de Krankheit; la enfermedad de los vagamundos; porque en todas ellas se presentan los mismos síntomas; la distribución de la coloración es la misma, en todas se encuentran los parásitos y todas son susceptibles de terminarse por la curación.

Por la descripción de Fabre se ve, que estas melanodermias se distinguen de la del mal de Addison por el sitio superficial de la coloración, que está limitada á las celdillas superficiales del dérmis; por la ausencia de placas pigmentarias en las mucosas; la ausencia de pigmentación mas oscura en las partes descubiertas del cuerpo; por la comezón; por el estado rugoso de la piel y su mayor espesor.

La coloración icterica puede semejarse algo á la de la melanodermia asténica cuando se reproduce un gran número de veces; pero la distinción es muy fácil, si atendemos á las otras manifestaciones de la enfermedad y, sobre todo, por la coloración de las escleróticas, por el color gris de las deposiciones y, por último, por la presencia en la orina de las materias colorantes de la bñlis.

Para terminar, nos queda que establecer el diagnóstico diferencial entre la melanodermia asténica y la pseudo melanodermia producida por la absorción de las sales de plata y de las sales de anilina.

La coloración de la piel producida por la absorción de las sales de plata es general, siempre, mas intensa en la cara y en las manos; pero todas las partes de la cara lo mismo que las manos, están coloridas uniformemente. Además; el tinte de la coloración es un azul apizarrado. En fin,

la lista metálica que rodea el borde de los dientes, así como los conmemorativos no pueden dejar dudas sobre el diagnóstico.

La anilina produce en la piel un color violeta que es debido, según Bergeron, "á que se oxida en la sangre el sulfato de anilina colorando el suero en rojo violeta, y esta coloracion es visible á través del poco espesor de los tegumentos."

Por último: solo mencionaremos otras muchas enfermedades, en las cuales se pueden observar coloraciones, pero que son de tal modo distintas de la del mal de Addison que es imposible la confusion. Tales son las coloraciones producidas por la ictiosis negra, la esclerodermia; las que resultan de la sífilis, del embarazo y de diversas afecciones parasitarias como la pitiriasis vesicolor y negra.



En la enferma de la observacion XVII, se administró la digitalina con motivo de algunas perturbaciones en el corazón: entonces nos llamó la atención la disminucion de la coloracion de la piel. Cuando ver si esta era debida á la accion de la digitalina, administramos esta sustancia en otros enfermos, y cuando no en todos, en algunos habiamos observado el mismo efecto.

No queremos decir por esto, que la digitalina sea un medio de curar el mal de Addison; pero nos solamente indicar el hecho, para que otras personas haciendo estudios cuidadosos, puedan decidir si en efecto tiene alguna accion y como obra.

La astenia será combatida por la quina, el aceite de higado de bacalao, la pepina, el vino, una buena alimentacion y el ejercicio, mientras el enfermo esté en estado de poderlo hacer etc. Otro que tambien se podría emplear con ventaja la hidroterapia administrada sobre todo bajo la forma de duchas de chorro y de rociadero; pero esto último medio solo puede convenir al principio de la enfermedad, cuando todavía es posible la reaccion. (Laveran.)

Los vémitos son otro de los síntomas que debe combatir el médico, y contra el que debe darse un de mas medios; pues muchas veces son altamente fatales y hándese necesidad de recurrir á todos los medios recomendados contra ellos.

Para la diarrea, será necesario emplear esencialmente los astringentes, los astringentes los más fuertes, como el opio y como último recurso, la amoniac con la carne cruda, bien tamizada. La diarrea será muy difícil en el principio de los parásitos, porque producen finalmente diarreas propias que delimitan más á los enfermos, y que á veces son difíciles de detener.

Por último: contra los dolores tenemos á nuestra disposicion las sustancias excitantes é irritantes; como el amoniac, la mostaza etc.: si no cedan con esto, los vejigatorioles volantes repetidos varias veces, y sobre todo el opio bajo sus formas; pero principalmente, en infecciones subcutáneas de mortales.

Los otros síntomas serán combatidos según las reglas que nos da la terapéutica.

Coloracion de la piel. La coloracion de la piel en el mal de Addison es de un color violeta oscuro, que se ve en todas las partes del cuerpo, y especialmente en las partes que están expuestas al aire. La coloracion de la piel en el mal de Addison es de un color violeta oscuro, que se ve en todas las partes del cuerpo, y especialmente en las partes que están expuestas al aire. La coloracion de la piel en el mal de Addison es de un color violeta oscuro, que se ve en todas las partes del cuerpo, y especialmente en las partes que están expuestas al aire.

TRATAMIENTO.

No conociéndose, como no se conoce, la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento tiene que ser puramente sintomático. Hemos indicado que los síntomas principales de la enfermedad eran cuatro: la melanodermia, la astenia, las perturbaciones digestivas y los dolores reumatoides. Así, pues, combatir estos cuatro síntomas es el objeto que se debe proponer el médico, aunque desgraciadamente con muy poca esperanza de obtener un buen éxito.

Ninguno de los autores que hemos consultado se ocupa de combatir la coloracion, lo cual se explica muy bien, porque, aunque la melanodermia sea uno de los síntomas mas característicos de la enfermedad, no se acompaña de ningun fenómeno molesto para el enfermo.

En la enferma de la observacion XXII, se administró la digitalina con motivo de algunas perturbaciones en el corazon: entonces nos llamó la atencion la disminucion de la coloracion de la piel. Queriendo ver si esto era debido á la accion de la digitalina, administramos esta sustancia en otros enfermos, y aunque no en todos, en algunos pudimos observar el mismo efecto.

No queremos decir por esto, que la digitalina sea un medio de curar el mal de Addison; queremos solamente indicar el hecho, para que otras personas, haciendo estudios cuidadosos, puedan decidir si en efecto tiene alguna accion y cómo obra.

La astenia será combatida por la quina, el aceite de hígado de bacalao, la peptona, el vino, una buena alimentacion y el ejercicio, mientras el enfermo esté en estado de poderlo hacer, etc. Creo que tambien se podria emplear con ventaja la hidroterapia administrada, sobre todo, bajo la forma de duchas de chorro y de regadera; pero este último medio solo puede convenir al principio de la enfermedad, cuando todavía es posible la reaccion. (Laveran).

Los vómitos son otro de los síntomas que debe combatir el médico, y contra el que debe disponer de mas medios; pues muchas veces son sumamente tenaces y habrá necesidad de recurrir á todos los medios recomendados contra ellos.

Para la diarrea, será necesario emplear sucesivamente los astringentes, los absorbentes, los amargos, el opio y como último recurso, la alimentacion con la carne cruda, bien tamizada. Es necesario ser muy sóbrio en el empleo de los purgantes, porque producen fácilmente diarreas profusas que debilitan mas á los enfermos, y que á veces son difíciles de detener.

Por último: contra los dolores tenemos á nuestra disposicion las sustancias exitantes é irritantes; como el amoniaco, la mostaza etc.: si no ceden con esto, los vejigatorios volantes repetidos varias veces, y sobre todo el opio bajo todas sus formas; pero principalmente, en inyecciones subcutáneas de morfina.

Los otros síntomas serán combatidos segun las reglas que nos dá la terapéutica.

OBSERVACIONES.

TODAS las observaciones que voy á consignar, han sido recogidas por mí en los Hospitales, bajo la direccion del Sr. Dr. Galan; quien tuvo, además, la bondad de examinar el corazon de todos los enfermos, y de acompañarme en las autopsias, resolviendo las dificultades con que yo tropezaba en mi estudio á cada momento. El enfermo de la observacion 24 fué observado por el Sr. Dr. Carmona y Valle, quien, tambien, se dignó revisar la observacion. Aprovecho esta oportunidad para dar públicamente las gracias á dichos Sres. por los útiles consejos con que me han ilustrado, y las consideraciones inmerecidas que me han dispensado.

OBSERVACION PRIMERA.

"Hospital Juarez," Sala Sor Juana Inés, número 14. Jacinta Márquez, de 26 años de edad, natural de México, de oficio lavandera; entró al hospital el día 25 de Noviembre de 1880.

No fué posible recoger ningun antecedente por el estado grave en que entró la enferma. Al examinarla se encontró una hemiplejia del lado izquierdo con conservacion de la sensibilidad, pero sin afasia.

Pulso pequeño, blando, dicoto, regular y dando 128 pulsaciones por minuto. Respiracion 32 por minuto.

Examen del corazon el dia que entró la enferma. Nada digno de llamar la atencion en la inspeccion: se vé latir la punta en el 5^o espacio intercostal izquierdo, un poco dentro de la línea mamilar. = Por la palpacion, se siente latir fuertemente la punta; impulsión fuerte, ocupando toda la region, pero mas marcada en la punta. = Macicez, 10 centímetros cuadrados. = Por la auscultacion se percibe un frotamiento ocupando todos los tiempos y toda la area del corazon; además, en la base del corazon parece percibirse un soplo ocupando el 2^o tiempo y dirigiéndose hácia la clavícula izquierda. Los ruidos propios del corazon tienen una resonancia metálica muy marcada que se aprecia muchas veces sin oír el ruido: por último, se observa lo que Bouillaud llama el *traspies* del corazon.

El trazo esfimográfico nada presenta digno de ser mencionado.

Muerte el día 28 á las 10 de la mañana.

Autopsia 24 horas despues de la muerte.

Aspecto exterior. Solo en los miembros inferiores hay rigidez cadavérica.

Coloracion. La cara, parte superior del tórax, y los miembros superiores, tienen un color bronceado que se marca, sobre todo, en la posterior del tronco y del antebrazo. Existe un gran número de manchas de un color mucho mas oscuro, que están colocadas en la cara, en donde son muy pequeñas, imitando perfectamente el puntilleo de una barba recién rasurada; en la cara dorsal de las manos, en la parte interna del tercio inferior de la pierna derecha hay una de color negro de 7 centímetros de extension en el sentido vertical y de 3 en el trasversal; cerca de esta existe otra de 10 centímetros; en el dorso del pié derecho se vé otra de forma circular y de 2 centímetros de diámetro. El vientre tiene un color muy oscuro, sobre todo arriba del ombligo en la zona ocupada

por la faja de las enaguas. El muslo conserva el color propio de la raza; mientras que las piernas son casi negras. Cortando algunas de las grandes manchas descritas, se vé que no son equímosis. En las mucosas de los labios se vé un gran número de manchas de un color muy oscuro, y que son mas numerosas en la mucosa del labio inferior.

Una gran ulceracion ocupa la parte interna de los muslos y la vulva.

Cavidad craneana. Pequeña cantidad de líquido citrino en la cavidad aracnoidea, ocupando sobre todo, el vértice del encéfalo y el surco medio. Todos los vasos de las meninges están inyectados, lo que permite seguirlos hasta sus mas finas ramificaciones. Esta inyeccion ocupa tambien los vasos del cerebro.

Al corte del hemisferio izquierdo se presenta el estado cribado; el cuerpo caloso está reblandecido, sobre todo, en su parte anterior.

En la parte media y superior del hemisferio derecho la sustancia cerebral está reblandecida hasta tal punto, que es arrastrada por el chorro del agua, dejando una cavidad que tendrá el tamaño de una pequeña nuez; y aun las paredes que circunscriben esta cavidad se encuentran algo reblandecidas. Este aspecto constituye, en su mayor parte, lo que ha sido llamado el *reblandecimiento blanco*; y en el límite de este, existe el llamado *reblandecimiento rojo*, el cual alcanza de una manera evidente la tercera circunvolucion frontal derecha, y penetra aun en el ventrículo. A toda esta parte reblandecida vienen á terminar las ramas de la arteria silviana, y en el punto en que esta arteria se divide para penetrar en la sustancia cerebral, se encuentra un coágulo que está colocado á caballo sobre esta bifurcacion. Este coágulo está formado de dos partes: una periférica negra, de un centímetro de extension, y adherida á las paredes de la arteria; y otra que es blanca, dura, que tiene la figura de una cabeza de serpiente á la cual formara cuello la parte negra.

La base del cerebro, la protuberancia y el 4^o ventrículo están reblandecidos.

Corazon. No se supo si habia líquido en el pericardio.

La hoja parietal del pericardio, está espesa, opaca y de un color blanco.

En la hoja visceral, existe una gran cantidad de grasa que es, sobre todo, abundante en el borde derecho y en el surco interventricular, por la cara anterior; los vasos se dibujan perfectamente en toda esta cara, y de preferencia en la grasa que la cubre. En la parte media del ventrículo izquierdo se vé una placa lechosa de 3 centímetros de largo por 15 milímetros de ancho; un poco mas abajo se encuentra otra mas pequeña; y cerca del borde superior del ventrículo existe otra mas espesa que las anteriores, y teniendo el aspecto de la clara de huevo cocida. Cerca del borde izquierdo se encuentra una vena que se bifurca muy pronto y que casi presenta el volúmen de la arteria radial; este desarrollo exagerado de los vasos tanto venosos como arteriales, es muy marcado en toda esta cara. Por la cara posterior del corazon, el pericardio, al nivel de la aurícula, está nebuloso: hácia el surco interventricular existe una equímosis que ocupa, longitudinalmente, casi todo el surco y que tiene una anchura de tres centímetros. En el ventrículo izquierdo se vé una gran cantidad de grasa que afecta la forma de estalactitas y estalacmitas; estas prolongaciones grasosas están surcadas por un gran número de vasos, los cuales se dibujan perfectamente, apesar de estar envueltos por una nebulosidad blanca.

El corazon en su conjunto presenta una forma que se acerca mucho á la circular y que es producida por el desarrollo exagerado del ventrículo derecho; de manera que, el izquierdo parece un apéndice agregado al órgano, y representando únicamente el tercio del derecho.

El ventrículo izquierdo se presenta en el estado que hemos llamado de *ereccion muscular*; el derecho, por el contrario, se deprime al colocar el órgano sobre la mesa.

Tamaño del corazon tomado del nacimiento de la aorta á la punta, siguiendo el surco interventricular por la cara anterior, 160 milímetros; anchura del órgano, siguiendo el surco aurículo-ventricular, 175 milímetros.

Haciendo una pequeña incision en la punta del órgano y echando agua por allí, despues de haber ligado la aorta, el agua permanece retenida en la cavidad del ventrículo izquierdo.

La cavidad de este ventrículo, que está ocupada por un gran coágulo negro, tiene una capaci-

dad mucho mayor que la normal; las paredes ventriculares, tienen un color rojo intenso y un espesor de 33 milímetros en la parte media, de los cuales, 22 milímetros son de grasa.

La válvula mitral está completamente deformada: las dos valvas están espesas, recogidas y rugosas; la anterior tiene varias concreciones fibrinosas, una de las cuales mide 1 centímetro. Circunferencia del orificio aurículo-ventricular izquierdo, 98 milímetros.

Las válvulas aórticas están suficientes al agua; un coágulo negro ocupa el orificio. La válvula sigmoidea media presenta una gran desgarradura; en las sigmoideas interna y externa hay otras desgarraduras de cerca de un centímetro de extension; todas estas desgarraduras están colocadas cerca del borde libre de la válvula. Circunferencia del orificio aórtico, 84 milímetros.

Haciendo en el ventrículo derecho la misma prueba que hicimos en el izquierdo, el agua no queda retenida en el ventrículo, sino que pasa rápidamente á la aurícula. La cavidad del ventrículo derecho está sumamente aumentada de tamaño y ocupada por un coágulo negro. Las paredes de la cavidad tienen en la parte superior un espesor de 7 milímetros y 2 en la parte inferior cerca de la punta.

La válvula interna de la tricúspide está muy espesa y como recogida; la externa está deformada, delgada, rota, presentando, entre otros, un agujero de 2 centímetros; la tercera válvula está muy espesa y como cartilaginosa. Circunferencia del orificio aurículo-ventricular derecho, 127 milímetros.

La cavidad de la aurícula derecha está sumamente dilatada y sus paredes son transparentes.

La válvula pulmonar está suficiente al agua. Tanto las válvulas como la superficie interna de la arteria tienen un color rojo muy intenso que no desaparece absolutamente por el lavado, y ni aun por el frotamiento.

Las sigmoideas pulmonares están muy delgadas, presentan desgarraduras, de las cuales la mayor tiene 4 milímetros y 2 la menor; todas estas desgarraduras están colocadas cerca del borde libre. Circunferencia del orificio pulmonar, 78 milímetros.

Pulmones. Existen adherencias pleurales en los dos lados, que parecen ser recientes: la pleura derecha está cubierta de natas purulentas. Toda la parte posterior del pulmon derecho está llena de manchas negras formadas por materia pigmentaria. Haciendo cortes en este pulmon se encuentra en el lóbulo superior, un foco de hepatizacion gris; en el lóbulo medio, estado congestivo, algunas arterias abiertas y las venas muy desarrolladas; lo que relativamente se vé menos, son los bronquios.

El pulmon izquierdo, por el exterior, presenta las mismas manchas negras que el derecho. Cortando el vértice, se ven las mismas manchas que en la superficie, dando un aspecto que pudiéramos llamar *mosqueado*, que se vé tambien en todo el pulmon derecho; sale una gran cantidad de mucosidad espumosa. En una de las venas pulmonares se encuentra un coágulo blanco y duro que, siguiendo la direccion del corazon, se hace negro y blando; este coágulo se separa con facilidad, y no parece haber alteracion en las paredes venosas que están en contacto con él. En todo este pulmon, lo mismo que en el derecho, las arterias y las venas están perfectamente marcadas, quedan abiertas al corte y presentan muchas de ellas coágulos obturadores. El lóbulo inferior presenta el *aspecto carnificado*.

Hígado. Longitud 33 centímetros; anchura, 23 centímetros. *Muscado* en todas sus partes. La vesícula biliar está llena de bñlis de un color amarillo.

Riñon izquierdo. Estado marmóreo de la capa cortical, en la cual se ven luchar la coloracion roja oscura con la amarillenta que en algunos puntos forma una verdadera placa. Al corte presenta los caracteres propios del 2.º periodo del mal de Bright.

Riñon derecho. Aspecto amarillentó mucho mas marcado que en el izquierdo: presenta en sus caras y en sus bordes el estado mameonado. Al corte el mismo aspecto que el izquierdo.

Cápsula suprarenal izquierda. Longitud 4 centímetros, anchura 5 centímetros. Al corte se vé una cavidad llena de un líquido color de sépia muy marcado.

Bazo, reblandecido; al sacarlo se hace pedazos.

OBSERVACION SEGUNDA.

Pascual Perez, natural de Tenango, de 55 años de edad, oficio cargador, constitucion débil y de raza mestiza; entró á ocupar la cama número 18 de la 2.^a Sala Juarez en el Hospital del mismo nombre, el dia 11 de Enero de 1881.

Enero 15. Cuenta el enfermo que hace dos meses se embriagó, y que al dia siguiente amaneció con mucha basca, vomitando flemas amarillas y con un dolor muy fuerte colocado en el epigástrico; este dolor era continuo, pero le aumentaba al apretarse el vientre. A la vez le vinieron deposiciones muy sueltas y abundantes, pero sin dolor; dice el enfermo, que eran de un color amarillo. En la tarde de ese dia, tuvo mucha calentura, sin calosfrio, y con sudor. Así permaneció por espacio de dos dias, al cabo de los cuales se le quitó la basca, los vómitos, la calentura y el dolor, y solo le quedó una gran debilidad en las piernas y las deposiciones, que es lo único que tiene actualmente. Desde hace varios dias, dice que no puede dormir, y que cuando logra conciliar el sueño este es intranquilo, interrumpido por pesadillas y visiones en las cuales vé, sobre todo, animales de varios colores.

El único dato relativo á la herencia que se pudo recoger del enfermo fué: la existencia del alcoholismo en los padres y las reumas poliarticulares en un hermano.

Entre las enfermedades que pudo haber padecido anteriormente el enfermo, encontramos el sarampion, que le dió de niño, y el tifo que lo tuvo á los 15 años. No se encuentra ningun antecedente que pueda hacer creer en la existencia de alguna diátesis.

Confiesa el enfermo haber abusado de las bebidas alcohólicas, sobre todo del pulque y del refino, á las cuales se acostumbro cuando era aun muy jóven.

Exámen físico. Pulso fuerte, amplio, dicoto, intermitente (dos intermitencias en un minuto) 104 por minuto. El trazo esfimográfico lo único digno de mencion que presenta, es la meseta característica del ateroma, que se marca perfectamente. Respiracion, 24 por minuto.

Llama desde luego la atencion el aspecto particular de la fisonomía, que tiene una expresion de asombro (étonnement de Troussseau). Los ojos están sumamente inyectados, salientes y brillantes; pupilas dilatadas é iguales de los dos lados; conjuntiva ocular, roja con terigiones muy marcadas y de un color amarillo sucio; labio inferior, tembloroso. Lengua húmeda, ancha, temblorosa, descamada en la punta y en los bordes, sobre todo, el izquierdo; en el resto de su extension está cubierta de una capa blanca, amarillenta poco espesa.

Coloracion. La cara tiene un color que se asemeja mucho, por su intensidad, al de un mulato, siendo mas subido en la frente y en los pómulos. En el cuello el color tiene la misma intensidad que en la cara. En el resto del cuerpo el color se asemeja mucho al de un negro: este color es, sobre todo oscuro, en la parte superior y posterior del tórax; en la axila, en el vientre, al nivel del punto en que se vé la cintura formada por la faja, y en los miembros tanto superiores como inferiores; pero sobre todo, en los antebrazos, por la cara posterior y en la cara dorsal de las manos. Las uñas de los dos pulgares, así como la del medio de la mano derecha y la del anular de la izquierda, presentan varias líneas de un color café claro que ocupan toda la longitud de la uña. La mucosa del labio inferior tiene una coloracion roja sobre la cual se vé una faja que ocupa casi toda la extension del labio, cerca del borde libre; esta faja, de un color casi negro, está formada por un gran número de manchas que se tocan por sus bordes. En el labio superior existen las mismas manchas pero de un color mas claro y en menor número. No hay ninguna coloracion en las mucosas palatina y faringéa. No se vé ninguna otra mancha sobre el fondo oscuro de la coloracion general del cuerpo.

Nada digno de atencion en el cuello. Auscultando las carótidas se oyen las intermitencias del pulso.

Region precordial Nada de particular á la inspeccion: no se vé latir la punta del corazon

= Aplicando la mano sobre la región, no se percibe absolutamente nada, ni anormal ni normal. = No se puede limitar la área del corazón por la sonoridad exagerada del tórax. = Por la auscultación, lo primero que se nota son las intermitencias en la contracción cardíaca, que coinciden con las intermitencias del pulso: desaparición del 2º ruido en la base y á la izquierda; prolongación del primer ruido en la base y á la derecha. En la punta los ruidos son muy débiles, pareciendo tener, sin embargo, sus caracteres normales; los del lado derecho son mucho más claros que los del izquierdo.

A la inspección de la región del tórax, se vé la globulosa; los huecos supra-claviculares apenas son perceptibles; los infra-claviculares y los espacios intercostales casi no se ven. = Percusión. Sonoridad exagerada en toda la pared torácica. = Auscultación. Respiración débil en los dos lados; espiración prolongada en el vértice derecho; algunos estertores mucosos diseminados en todo el pulmón.

Por la percusión de la parte posterior del tórax, se obtiene una sonoridad que es muy exagerada en las bases de los dos pulmones. = Por la auscultación solo se nota, debilidad del murmullo vesicular en el lado izquierdo y rudeza de la respiración en el vértice derecho.

El vientre tiene una forma globulosa, y en su pared se dibujan algunas asas intestinales. No pasa el borde de la mano bajo el arco cortal derecho. Sonoridad timpánica en todo el vientre; en ningún punto es dolorosa la percusión. Macidez hepática: línea epigástrica, 5 centímetros; mamilar y axilar, 12 centímetros. El límite superior de la macidez hepática parece haber bajado.

Ligero edema en los miembros inferiores, limitado á los maleolos.

Prescripción. Vino de quina, 120 gramos al día. Diáscordio y subnitrito de bismuto c.c. 3 gramos en VI bolos al día.

Leche y costilla por alimento.

Enero 16. Pulso 104, respiración 32. Dice el enfermero que anoche empezó á delirar mucho; que se levantaba á cada momento dando gritos, con lo cual no dejó dormir á los otros enfermos. Al examinarlo hoy, se le encuentra aun bajo la influencia del delirium tremens. Semblante muy animado; ojos brillantes é injectados; temblor marcado de las manos y ligeros estremecimientos en todo el cuerpo. Lengua ancha, húmeda, temblorosa y descamada del lado derecho. Se queja de calosfrio y dolor de cabeza. = Prescripción. Extracto de opio 20 centigramos en X píldoras; una cada 2 horas hasta que se duerma; 120 gramos de vino de quina, en tres tomas; 4 miligramos de digitalina de Homolle y Quevenne.

Enero 17. Pulso 80, sin intermitencias; respiración 20. Sigue en el mismo estado de ayer. Extracto de opio 50 centigramos en XII píldoras, 1 cada hora hasta que se duerma; se encarga al practicante vigile el efecto del opio. El resto del tratamiento el mismo de ayer.

Enero 18. Pulso 88, dicoto, lleno y fuerte; respiración 20.

Desde las 5 de la mañana se calmó el delirio. Mucho mejor aspecto de la fisonomía; la voz es menos apagada y menos temblorosa; todo indica que el delirio ha pasado. El enfermo dice que durmió muy bien, sin ver visiones; que antenoche veía muchos animales amarillos y negros que salían de la pared de enfrente á su cama y que se le subían por todo el cuerpo. Extracto de opio, 20 centigramos en X píldoras, 1 cada 2 horas. Vino de quina y digitalina.

Enero 19. Pulso 92, una intermitencia en medio minuto; respiración 28.

A las 6 de la tarde le volvió el delirio, que le duró hasta las 8 de la noche, en que se quedó dormido, mediante las cucharadas de cloral que le mandó el practicante de guardia.

Tratamiento. Extracto de opio 20 centigramos, en XII píldoras, 1 cada 2 horas. Vino de quina y digitalina.

Enero 20. Pulso 96, dos intermitencias en dos minutos; respiración 28.

No ha vuelto el delirio; al recordar el enfermo las visiones que tuvo se muestra complacido.

Vino de quina y ración.

Enero 23. Hoy ha vuelto el delirio con todos los síntomas señalados el día 16. El color negro de la mucosa labial parece más intenso. Pulso 84; respiración 24. Extracto de opio 20 centigramos. Vino de quina 120 gramos. Ración.

Enero 24. Durmió todo el día de ayer, y hoy todavía está amodorrado. Pulso 80, respiración 28. Vino de quina 120 gramos.

Enero 25. Pulso sumamente pequeño é imposible de contar por lo frecuente. Dice el enfermero que desde anoche no puede pasar nada; que ha estado muy inquieto y con mucha ansia. Está acostado medio desnudo, y casi atravezado en la cama. Pérdida completa de la inteligencia; estertor traqueal perceptible á distancia. = Amoniaco, esencia de trementina y alcohol alcanforado $\frac{c}{c} \frac{c}{c} \frac{c}{c}$ 60 gramos. Friega á piernas y brazos.

Enero 26. Pulso pequeño, intermitente, filiforme y deprecible; respiración 40. Sigue en el mismo estado. Estertor traqueal mas marcado que ayer. Se presenta el fenómeno de *fumar la pipa*: insensible á toda clase de excitacion.

Muerte en estado comatoso á las nueve de la noche.

Autopsia el día 27, trece horas despues de la muerte.

Aspecto exterior. No hay rigidez cadavérica. El adelgazamiento no es muy notable: ligero edema en los maleolos.

La coloracion de la piel es la misma que hemos descrito, y no sufre ninguna modificacion despues de lavarla.

Cavidad craneana. Al abrir las meninges sale una pequeña cantidad de líquido citrino. La dura-madre está espesa, gruesa, opaca, muy inyectada; tiene todo el aspecto del pergamino por su espesor y consistencia.

Llama la atencion el volumen del encéfalo, que pesa 1,350 gramos. Inyeccion marcada de la piamadre. A la simple vista el cerebro da idea de un cerebro en maceracion. Al corte se vé el estado cribado bien caracterizado bajo el punto de vista de los agujeros, pero estos son en corto número. Inyeccion de los pleuxos coroidéos y de los ventrículos laterales. Las dos sustancias, blanca y gris, parecen reblandecidas. Nada de particular en el tercero y cuarto ventrículo ni en la protuberancia. Cerebelo sumamente reblandecido.

Pulmones. Llama la atencion al abrir el tórax la falta completa de corazon á la vista, pues está cubierto enteramente por los pulmones. Se vé sobre la superficie pulmonar un gran número de manchas negras dando al órgano el aspecto *mosqueado*. Al corte, *aspecto mosqueado* y enfisema muy avanzado.

Corazon. Abriendo el pericardio sale una pequeña cantidad de líquido citrino; como una media onza.

La hoja parietal del pericardio está espesa y de un color rosado.

La hoja visceral, por la cara anterior, se vé muy inyectada, dibujándose sus vasos hasta en sus mas finas ramificaciones: en unos puntos está muy delgada, y en otros muy espesa, constituyendo placas de un color blanco mate, que no sobresalen, y de las cuales una está colocada en la parte superior de la aurícula derecha, en la union de la hoja visceral con la parietal. En esta misma cara, el corazon tiene una gran cantidad de grasa que ocupa, sobre todo, el surco medio y el borde del ventrículo derecho; en el ventrículo izquierdo es menos abundante, y forma en el borde izquierdo del órgano, una placa poco espesa, sobre la cual se vé serpentear un vena muy dilatada: en todos los puntos en que existe grasa se dibujan muy bien las venas que todas tienen una especie de vaina blanca opaca. En la cara posterior del corazon, la grasa es muy abundante en la base, en el ápice y en el borde libre del ventrículo derecho. Existen dos placas lechosas en la parte media del ventrículo derecho, colocadas sobre venas muy desarrolladas. La aorta presenta en su superficie externa un color rojo intenso que no desaparece por el lavado: la pulmonar, por el contrario, tiene un color amarillo canario. Estas dos arterias parecen muy anchas.

La forma del corazon está completamente alterada; se acerca á la circular, y esta alteracion es debida al desarrollo exagerado del diámetro transversal. Colocando el órgano sobre la plancha, no se deprime la cara anterior del ventrículo derecho; el ventrículo izquierdo se presenta en el *estado de ereccion muscular*.

La válvula mitral está suficiente al agua. La cavidad del ventrículo izquierdo, que parece es-

tar aumentada, se vé ocupada por un coágulo fibrinoso en su mayor parte. Espesor de las paredes ventriculares cerca de la base, 20 milímetros; en la punta 10 milímetros. La válvula anterior de la mitral se puede considerar como formando dos valvas que se juntan en su base; además, está sumamente gruesa, muy blanca, opaca y su borde libre parece recogido. La posterior está gruesa, opaca y blanca; pero difiere de la anterior en que conserva su regularidad y su tamaño normal. Circunferencia del orificio aurículo-ventricular izquierdo, 95 milímetros.

Las válvulas aórticas están insuficientes al agua. En la superficie interna de la arteria, el endotelio tiene un color rojo intenso que desaparece en gran parte por el lavado; mas no sucede lo mismo con el enrojecimiento que ocupa las válvulas sigmoideas, el que resiste, no solo al lavado sino también á las frotaciones. En el punto de inserción de las válvulas el endocardio tiene un color blanco mate y está ligeramente espeso. El orificio aórtico tiene 70 milímetros de circunferencia; y sus válvulas, que están delgadas, presentan cerca de su borde libre varias desgarraduras, de las cuales algunas miden un centímetro de extensión.

La aurícula izquierda está ocupada por un coágulo enteramente negro y blando.

Suficiente al agua la válvula tricúspide. La cavidad del ventrículo derecho está llena por un coágulo casi enteramente fibrinoso; solo en la pequeña porción que se prolonga hasta la aurícula es negro y blando. Esta cavidad está muy aumentada de tamaño; sus paredes miden un espesor de 6 milímetros en la parte media, y de estos 2 milímetros son de grasa; en la punta tienen 4 milímetros, siendo 3 de grasa. El endocardio ventricular tiene un color rojo que no desaparece absolutamente por el agua.

Las válvulas que forman la tricúspide están deformadas; delgadas en unos puntos, en otras muy gruesas: dos de estas válvulas están soldadas y remedan lo que hemos descrito en la mitad; además, todas ellas tienen un color rojo intenso que no desaparece por el lavado. Circunferencia del orificio tricúspide, 110 milímetros.

Las sigmoideas pulmonares, suficientes al agua, no presentan ninguna alteración. Circunferencia del orificio pulmonar, 75 milímetros.

Hígado. Longitud 35 centímetros; 23 del lóbulo derecho y 12 del izquierdo. Anchura del lóbulo derecho, 25 centímetros, del izquierdo 10 centímetros. Se dibujan las costillas sobre la superficie del órgano. Esta superficie tiene un color rojo y amarillo con vetas de un tinte oscuro; lo cual dá al conjunto de la coloración un aspecto marmóreo. No parece aumentada la consistencia. Al corte, la superficie de sección tiene el mismo aspecto marmóreo que la parte exterior.

Bazo. Longitud 11 centímetros, anchura 7. Muy deprimido, muy blando, desgarrándose con suma facilidad.

Riñón izquierdo. Longitud 13 centímetros, anchura 7. En el centro de la cara anterior se vé una mancha de un color muy oscuro, limitada por una superficie roja. En la cara posterior hay alguna tendencia á la división en lóbulos. En el borde libre existe una mancha de un color blanco que tiene un centímetro de extensión; cortando esta mancha, se encuentra una cavidad llena de una sustancia blanca y de pus. Tanto en la cara anterior como en la posterior, se ven los vasos muy inyectados formando arborizaciones. Al corte, lo único que llama la atención es la inyección de las dos sustancias.

Riñón derecho. Longitud 12 centímetros, anchura 65 milímetros.

El mismo aspecto que el izquierdo, menos las manchas.

La cápsula suprarenal izquierda mide 6 centímetros de anchura, por 4 de longitud. Al corte, se vé una cavidad llena de un líquido que tiene un color de sépia.

OBSERVACION TERCERA.

Agustina Reyes, de 55 años, viuda, natural de México, de oficio cocinera; entró al "Hospital Juárez" el día 4 de Diciembre de 1881 y ocupó la cama número 14 de la sala Sor Juana Ines de la Cruz.

Dice la enferma que se viene á curar de deposiciones que le empezaron hace ocho dias. Despues de haber tomado mucho pulque y de no haber comido el dia anterior, empezó á sentir un dolor en el vientre; é inmediatamente le vinieron vómitos de flemas amarillas, que le duraron todo el dia; por la noche tuvo deposiciones, que es lo que le molesta ahora. Estas evacuaciones son de un color amarillo y nunca han venido acompañadas de retortijon. Ha perdido completamente el apetito, y se siente débil; de cuando en cuando le dan váhidos y le salta el corazon.

En su infancia no ha padecido de ninguna enfermedad: no se encuentra ningún antecedente que se pueda referir á la escrofulosis. Tres veces ha tenido intermitentes: la primera hace cuatro años, y le duraron tres meses; la segunda y la tercera vez solo quince dias las tuvo; todas las veces que le han dado ha sido en la mañana y en México. Hace dos años tuvo un ataque de reumatismo articular, que parece haber sido agudo, pues tuvo calentura muy fuerte, segun dice; y solo ocho dias duró en cama; los dolores quedaron limitados á las articulaciones de los miembros inferiores. Ha padecido con frecuencia dolores en el hígado acompañados de calentura, vómitos verdes y de ictericia: le duró como unos ocho dias, quedando despues enteramente buena. Estos dolores se le han retirado desde que le pusieron sanguijuelas al hígado. Ha padecido dolores de cabeza y catarros con mucha frecuencia. Hace tiempo que no puede dormir por las pesadillas que le dan, en las cuales vé, casi siempre, animales negros que le andan por todo el cuerpo. No ha padecido basca por las mañanas; pero las diarreas sí le dan con mucha frecuencia; lo que, segun ella, es debido á indigestiones. Confiesa haber abusado de las bebidas alcohólicas, sobre todo del refino en ayunas, y del pulque. La menstruacion siempre ha sido regular, hasta hace trece años en que se le suspendió para no volverle.

No sabe de qué murió la madre; el padre, dice la enferma, era muy borracho, y antes de morir se le hinchó mucho el vientre y las piernas. Segun las noticias que dá la enferma, uno de sus hermanos murió de cáncer del estómago y otro padece de una afeccion del pecho.

Estado actual. Mujer de unos 55 años, de raza indígena. Está sentada en la cama.

Cara abotagada; ojos con terigiones internos de color gris; círculo senil al rededor de la cornea; pupilas normales. Lengua descamada en la punta, y algo en los bordes; cubierta en el resto de su extension de un capa blanquizca que se va espesando hácia el centro del órgano, en donde forma una capa espesa y negruzca.

Coloracion. La cara tiene un color amarillento que recuerda el tinte de la raza mongólica; sobre esta coloracion se ven manchas pequeñas de un color oscuro, algunas negras, que no sobresalen y que se han acumulado, sobre todo en la frente y en la barba. En el cuello, las mismas manchas y el mismo tinte amarillento que en la cara. La pared anterior del tórax no presenta manchas de ninguna clase, sino que tiene el color propio de la raza; pero en la parte posterior, el tórax tiene un color sumamente oscuro; y se ven las mismas manchas que en la cara, siendo, sin embargo mas grandes; el hueco axilar tiene un color café claro. El color del vientre es oscuro, y esta coloracion se nota sobre todo al nivel del ombligo. En los miembros superiores la coloracion solo existe en la parte posterior de los antebrazos y en la cara dorsal de las manos, en donde existen un gran número de manchas negras. El muslo conserva el color normal; en las piernas existen algunas pequeñas manchas oscuras. En la mucosa del labio inferior existen varias manchas circulares de un color casi negro; en el superior solo se vé una mancha.

En el cuello, ademas de la coloracion, se observa, al nivel de la insercion del músculo esternocleido-mastoidéo derecho, una saliente muy marcada, y encima de este punto se notan pulsaciones que no existen del lado izquierdo. Comprimiendo la arteria carótida se ven cesar estas pulsaciones, que siguen la direccion de la mencionada arteria. Auscultando las carótidas no se oye sopro; pero sí los latidos del corazon; y á la izquierda un ruido muy lejano que parece producirse en la sistole arterial.

La parte anterior del tórax esta completamente deformada: existen abolladuras marcadas abajo de las clavículas y se dibujan perfectamente todas las venas sub-cutaneas. = Sonoridad y elasticidad exagerada en los dos lados. = Espiracion prolongada, á la auscultacion, en el lado izquierdo; en el derecho los ruidos del corazon se perciben con mas claridad que en el estado normal.

Nada de particular á la inspeccion de la region precordial. = Nada á la palpacion; no se siente latir la punta del corazon. = Macidez: linea vertical, 11 centímetros; trasversal, 11 centímetros (ambas dudosas). = Auscultacion: prolongacion del segundo ruido de la base, dirigiendose hacia la clavícula izquierda; parece haber un soplo al primer tiempo, en la punta y á la derecha; este soplo disminuye de un modo notable hacia la izquierda; no se perciben los ruidos normales en ninguno de los dos lados.

En la parte posterior, el tórax tiene una forma globulosa. = Sonoridad y elasticidad notablemente exageradas de los dos lados. = Por la auscultacion, respiracion débil en el lado izquierdo, menos en el ápice derecho; no hay estertores de ningun género.

Vientre voluminoso; existe un surco al nivel del punto en que se fijan las enaguas, que divide al vientre en dos partes, dándole la forma bilobada; doloroso á la presion; el borde de la mano pasa bajo el arco costal derecho: el dolor se produce tambien al pellizcar la capa muscular que se puede aislar gracias á la flaccidez de las paredes. Macidez hepatica: linea epigástrica, 4 centímetros; mamilar, 7 centímetros y axilar, 65 milímetros. No se encuentra macidez esplénica, y sí un timpanismo exagerado en todo el vientre.

En los miembros lo único digno de mencion es la coloracion que hemos indicado.

Tratamiento. Agua, 120 gramos, acetato de amoniaco, 10 gramos; tintura de ipeca, 1 gramo; extracto de opio, 5 centigramos; alcohol y jarabe de eter, c.c. 30 gramos. Cucharada cada hora.

Leche por alimento.

Diciembre 5. Pulso 16, respiracion 5. por $\frac{1}{4}$ de minuto. Continúan las deposiciones y la enferma dice que le ha dado mucha tos.

Diciembre 6. Le ha vuelto el dolor del epigástrico; la tos le ha molestado menos. Pulso 17, respiracion 5 por $\frac{1}{4}$ de minuto.

Diciembre 7 y 8. Solo las deposiciones son las que le molestan.

Tratamiento. Subnitrito de bismuto y electuario de diascordio c.c. 3 gramos para VI bolos, repartidos en el dia.

Diciembre 9. Pulso blando, dicoto y regular, 20 por $\frac{1}{4}$ de minuto; respiracion 5. La lengua continúa descamandose en los bordes. Siempre hace una deposicion en la noche.

Diciembre 10, 11 y 12. Continúa en el mismo estado. Se queja de mucha frialdad en los piés que dice hace mucho tiempo tiene; pide alguna friega para que se le calienten, pues ni envolviéndoselos en la frazada logra calentarlos.

Diciembre 13. Pulso 16, muy blando, no dicoto, pequeño; respiracion 5. El trazo efimográfico no presenta nada de particular; hay una tendencia á la meseta del ateroma, sin ser característica. Dice que ya se le contuyeron las deposiciones. Pide su alta. Auscultacion del corazon. Sentada. Soplo al primer tiempo en la base, dirigiéndose hácia la clavícula izquierda; soplo al primer tiempo de la punta, dirigiéndose hácia la derecha; soplo al segundo tiempo en la punta y á la derecha; en ningun punto se perciben los ruidos normales. El segundo soplo de la punta es superficial y extendido en lámina. ¿El ruido de la base es un frotamiento?

Acostada. El soplo de la base desaparece y es reemplazado por un ruido muy rudo, muy corto, ocupando el segundo tiempo; pero perfectamente limitado, sin poder decir de qué lado se dirige y oyéndose al nivel de la tercera costilla izquierda, como á tres centímetros del borde izquierdo del esternon. El segundo soplo de la punta cambia completamente de caracteres; se pone muy rudo, y el punto en que parece estar su máximun es al nivel de la cuarta costilla izquierda, lugar en donde se siente latir la punta. El primer soplo de la punta conserva todos sus caracteres, no sufre ninguna modificacion. En ningun punto se perciben los ruidos normales.

Diciembre 14, 15 y 16. No han vuelto las deposiciones. Alta voluntaria el dia 16 de Diciembre.

OBSERVACION CUARTA.

Agustina Moreno, de 38 años, soltera, de Guaymas, lavandera, de raza indígena mezclada, acercándose mas á la blanca; entró al Hospital Juarez el dia 1^o de Febrero de 1881, y ocupó la cama número 24 de la sala Josefa Ortiz.

La enferma nos contó que se venía á curar de *tiricia prieta* y de intermitentes. Hace siete meses, estando en Acapulco, empezó á notar que su cuerpo todo se ponía de un color oscuro, que poco á poco fué subiendo hasta tomar el tinte negro que hoy le vemos. No sabe á qué atribuir esa coloracion; pues, dice ella, que no andaba en el sol y ninguno de su familia ha sido negro. Al aparecer la *tiricia* no tuvo ningun otro accidente: no tuvo bascas, ni deposiciones, ni aun siquiera perdió el apetito; nunca ha tenido dolores en ningun punto; al principio no sintió ninguna debilidad; y solo desde hace dos meses es cuando se siente un poco débil; no ha tenido palpitaciones ni ansia. Cuando le apareció la *tiricia* le daban unos váhidos muy fuertes que la obligaban á acostarse, al poco rato se le pasaban y quedaba enteramente buena.

Los frios que tiene actualmente le dan cada cuatro dias, empezándole á las 6 de la tarde, con calosfrio seguido de calentura, que se le quita hasta el dia siguiente; nunca ha sudado despues de la calentura.

Herencia. Los padres viven: la madre padece de dolores en el pecho y en el pulmon, así como de reumas que le dan con frecuencia y siempre acompañadas de calentura; el padre no padece de ninguna enfermedad. Tanto el padre como la madre, son indios de Guaymas y segun la enferma, acostumbran tomar mucho refino, sobre todo el padre, que casi todas las tardes está borracho.

Enfermedades anteriores. Cuando niña, tuvo viruelas y sarampion, no se encuentra ningun antecedente por el cual se pueda admitir la existencia de alguna diátesis. Tres veces le han dado frios: la primera en San Blas, en donde le daban todos los dias; la segunda en Guaymas, le duraron seis meses; y la tercera, que son los que tiene ahora, y que le empezaron hace dos meses en Acapulco. No se encuentra ningun antecedente que nos haga creer en el alcoholismo.

Estado actual. Al acercarse á esta enferma, lo primero que llama la atencion, es la coloracion muy negra y general de su cuerpo; se la tomaría por una negra si sus facciones no nos indicaran que pertenece á la raza blanca. En efecto; el cabello es lácio, y no crespo, sus facciones no son las de un negro, es por el contrario una mujer bella; de formas delicadas, nariz afilada, pómulos no salientes, frente bastante desarrollada, labios delgados; en una palabra, no existe un solo dato para poder admitir la existencia de algo que se aproxime á la raza negra, sino es la coloracion de la piel.

Esta coloracion, como decíamos, es enteramente negra; pero sin ser uniforme: en efecto; la cara, brazos, cara dorsal de las manos y posterior del tórax, son todavía mas atezados que el resto del cuerpo.

Cara. Conjuntivas de un color blanco mate, con ligeros terigiones internos y externos; pupilas normales é iguales de los dos lados; nariz afilada; labios delgados; mucosa del inferior, de un color blanco con una raya negra cerca de su borde libre y ocupando toda la extension del labio; esta raya está formada por un gran número de manchas que se tocan por sus bordes; lo mismo en el labio superior. En las mucosas de los carrillos y bóveda palatina, pequeñas manchas negras semejantes á las de los labios. Lengua ancha, húmeda, cubierta de una ligera capa blanca que no existe en la punta del órgano, en donde se vén las papilas salientes; en el centro y cerca del borde derecho hay una mancha de un color negro formada por la reunion de un gran número de puntos negros.

Cuello. En el hueco supra esternal se vé una impulsión muy fuerte, como si en este lugar latiera la carótida; al tacto, se siente la impulsión, como si en efecto fuera la arteria. Hay un gran

número de ganglios submaxilares y carotídeos. A la auscultacion de las carótidas no se percibe ningun ruido anormal.

Parte anterior del tórax. A la inspeccion lo único que llama la atencion es el adelgazamiento que hace se dibujen perfectamente las costillas y sus espacios. Nada anormal á la percusion y auscultacion.

Region precordial. Nada anormal á la inspeccion. = Por la palpacion, apénas se siente latir la punta del corazon en el quinto espacio intercostal izquierdo, dentro de la línea mamilar. = Percutiendo segun el método de Bouillaud, se obtiene una macicez que dá la forma de un triángulo cuya base fuera el esternon y el vértice un punto colocado en el 5.º espacio intercostal izquierdo y fuera de la línea mamilar: base del triángulo, 9 centímetros; lado superior, 105 milímetros; lado inferior, 75 milímetros; perpendicular bajada á la base, 8 centímetros. = Auscultacion. En todos los puntos de la region los ruidos normales están cubiertos por un ruido áspero, *extendido en lámina*, que presenta mayor intensidad en unos puntos que en otros; pero sin que correspondan estos ruidos con los lugares de eleccion de los ruidos valvulares. En el punto señalado por Jaccoud como foco de las sigmoidéas aórticas, se percibe perfectamente un centro de latidos en que el oido aprecia muy bien una impulsión diferente de la del corazon; acercándose á la region precordial propiamente dicha, se aprecia muy bien la diferencia que existe entre los ruidos esternales y los precordiales; pues los esternales son metálicos y fuertes, mientras que los precordiales son mas débiles y difusos; en una palabra, hay dos centros de latidos (como este síntoma existe aislado, sin ningun otro que haga creer en un aneurisma, no se le dá un valor absoluto). Por último, en la region del corazon, los ruidos del lado derecho son mas claros y mas débiles que los del izquierdo.

Acostada. Nada á la inspeccion.—A la palpacion, impulsión débil; frotamiento extendido en toda la region, siendo, sin embargo, mas marcado en la punta y á la izquierda: la punta se siente latir muy mal en el 5.º espacio intercostal izquierdo, un poco fuera de la línea mamilar.—A la percusion, es notable la diferencia en la línea superior del triángulo, pues tiene 3 centímetros menos que la que se obtuvo cuando estaba sentada la enferma; la línea inferior solo tiene 5 milímetros menos.—Por la auscultacion, se percibe un frotamiento ocupando toda la region y marcándose, sobre todo, durante el primer tiempo del corazon; los ruidos son mas claros y mas débiles del lado derecho.

Macicez esplénica: longitud, 8 centímetros; anchura 10 centímetros.

Tratamiento: sulfato de quinina 1 gramo en XII píldoras á tomar 4 cada media hora, empezando á las 3 de la tarde.

Febrero 6. Se queja la enferma de deposiciones que tiene desde hace dias, no se acompañan de retortijon ni de dolor alguno; hace de tres á cuatro al dia y son muy sueltas. Ayer á las 6½ de la tarde le dió la calentura aunque muy ligera.—Tratamiento. Dioscordio y subnitrate de bismuto c.c. 2 gramos en VI bolos, repartidos en el dia. Leche con polvo de carne.

Febrero 7. Solo las deposiciones ha tenido.

Febrero 8. Sin nada nuevo.

Febrero 9. A las tres de la tarde de ayer tuvo la calentura: dos deposiciones.

Febrero 10. Se siente mejor, no ha tenido ninguna deposición.

Febrero 19. Ayer á media noche, tuvo un dolor muy fuerte en el corazon, extendiéndosele á todo el lado izquierdo y sofocándola.

Febrero 24. Todos estos dias le ha seguido el dolor del corazon que le dá, sobre todo, cuando se mueve mucho y en la noche.

Febrero 25. La enferma hace tiempo que se queja de mucha frialdad de piés que dice, no puede calentar aunque se arroje bien. Es bueno hacer notar que siempre, desde el primer dia, nos ha llamado la atencion la frialdad notable de la piel de esta enferma. Pide su alta, pues dice estar buena, sintiéndose tan solo un poco débil y costándole trabajo andar porque se le doblan las piernas y se le vá la cabeza. Alta.

NOTA.—Abril 2. Una enferma de la sala, paisana de Agustina Moreno, nos dijo, que hace ocho dias murió. La víspera del dia de su muerte, se quejaba de váhidos y de mucha debilidad; lo que hizo que se resolviese á volver al Hospital al siguiente dia. En la noche se acostó con una hermana suya en la misma cama; y al dia siguiente la encontraron muerta, sin que su hermana hubiera sentido á que hora murió.

	Temp. por la mañana	Temp. por la tarde	Respiracion	Pulso	
Febrero	5.....37 grados.....	40 grados.....	5	20	blando, regular y pequeño
"	6.....37 ".....	38 ".....	5	20	" " "
"	7.....37 ".....	37.5 ".....	5	21	" " "
"	8.....36.8 ".....	40.4 ".....	5	22	" " "
"	9.....37 ".....	37 ".....	4	21	blando, regular, pequeño y dicroto
"	10..... ".....	37.5 ".....	6	20	" " " "
"	11..... ".....	40.5 ".....	5	22	" " " "
"	12..... ".....	37.2 ".....	5	17	" " " "
"	13..... ".....	37.6 ".....	5	22	" " " "
"	14..... ".....	38.2 ".....	4	18	blando, muy blando regular
"	15..... ".....	37 ".....	6	22	pequeño, blando, regular y dicroto
"	16.....37.2 ".....	37.6 ".....	6	20	" " " "
"	17..... ".....	38.2 ".....	4	24	" " " "
"	18.....37 ".....	38.2 ".....	5	22	" " " "
"	19..... ".....	37.4 ".....	6	24	" " " "
"	20..... ".....	38.4 ".....	5	21	" " " "
"	21..... ".....	37.4 ".....	6	19	" " " "
"	22..... ".....	37.3 ".....	4	23	" " " "
"	23..... ".....	38.2 ".....	6	18	" " " "
"	24.....38.8 ".....	37.4 ".....	8	20	" " " "
"	25..... ".....	".....	5	20	" " " "

El trazo esfimográfico sacado el 8 de Febrero, no presenta nada de particular.

OBSERVACION QUINTA.

Ursula Castro de 56 años, viuda, natural de Querétaro, planchadora, constitucion debil; entró al "Hospital Juarez" el dia 17 de Febrero de 1881, y ocupó la cama número 3 de la sala Josefa Ortiz.

Febrero 23, Hace dos meses que está enferma. Sin causa conocida, para la enferma, le empezó en la noche un calosfrio muy fuerte seguido de mucha calentura, y durante toda la noche estuvo delirando, segun le dijeron despues. Al dia siguiente amaneció con mucha basca y empezó á vomitar flemas amarillas muy amargas; ese mismo dia tuvo varias deposiciones de color amarillo, muy sueltas y sin acompañarse de retortijones. Desde entonces le ha seguido la basca y los vómitos; luego que toma algun alimento lo depone; las deposiciones no se le han quitado, ni han cambiado de carácter; solo la calentura se le quitó á las dos semanas. No ha llegado á tener dolores en ninguna parte, ni tos. A consecuencia de las muchas deposiciones, dice, que está muy débil, y siente al erguirse que se le va la cabeza.

Enfermedades anteriores. Tuvo viruelas y sarampion cuando era niña; no hay antecedentes de escrofulosis; nunca ha tenido reumas ni erupciones en la piel; hace mucho tiempo que padeció de tifo, durando enferma cuarenta dias; desde entonces padece palpitaciones en el corazon que le dán, sobre todo, cuando anda mucho, ó cuando hace alguna cólera; no se le han hinchado los piés, ni ha arrojado sangre por la boca, ni ha padecido de tos. Desde hace año y medio siente can-

sancio y dolor en las piernas cuando anda mucho; de seis meses acá ha venido padeciendo punzadas de cabeza con mucha frecuencia. No sabe la edad en que tuvo su primer periodo; solo recuerda que á los veinte años se le suspendió, y fué remplazado por un flujo blanco que se curó con inyecciones de alumbre; desde hace dieziseis años no le ha vuelto.

Confiesa la enferma que desde muy jóven ha acostumbrado tomar mucho pulque y aguardiente; desde hace muchos años padece de basca en la mañana; luego que despierta vomita una gran cantidad de flemas que, unas veces son blancas y otras amarillas. Es la primera vez que padece deposiciones. Su sueño casi siempre es tranquilo; solo una que otra vez no duerme por las visiones que vé

No conoció á su padre: la madre, segun los datos que dá la enferma, murió á consecuencia de una enteritis alcohólica.

Exámen físico. Mujer de raza mezclada, predominando la indígena: acostada sobre el lado izquierdo; cabeza con muchas canas y piojos; cara abotagada, sin edema; conjuntivas de un color blanco mate; en las oculares, terigiones internos de un color amarillento; pupilas dilatadas é iguales de los dos lados, sensibles á la luz; lengua temblorosa, ancha, húmeda, cubierta en toda su extension de una espesa capa blanca, menos en el borde derecho, en donde se vé una mancha negra de tres centímetros.

Coloracion. La cara tiene un color amarillo cobrizo, sobre el cual se ven un gran número de puntos oscuros, de los que algunos tienen un color negro y otros café; la mayor parte de estas manchas se acercan á la forma circular, siendo el centro la parte mas clara; toda la piel del cuello es de un color muy oscuro; en la pared anterior del tórax se ven pequeñas manchas de un color enteramente negro y algunas de un color café claro, que existen, sobre todo, en la parte inferior. Por la parte posterior y superior el tórax tiene un color cobrizo muy oscuro. Arriba del ombligo se vé una faja de un color casi negro que abarca toda la circunferencia del vientre. En la cara posterior del antebrazo y en la cara dorsal de la mano, la piel es casi negra; lo mismo en las piernas, en donde existen ademas, muchas manchas semejantes á las descritas en la parte anterior del tórax. En las mucosas de los labios, tanto superior como inferior, así como en la de los carrillos, existen manchas de color negro, que en la del labio inferior son en número de 5, de forma irregular y alargadas en el sentido trasversal.

En la carótida derecha se percibe por la auscultacion un soplo contínuo con reforzamientos, soplo anémico.

A la inspeccion del pecho se ven los huecos supra é infraclaviculares, así como los espacios intercostales bastante marcados. Los movimientos, tanto de elevacion como de expansion parecen normales. = Por la percusion se obtiene una sonoridad exagerada de los dos lados. = Respiracion débil de los dos pulmones; en la parte superior del derecho se perciben con bastante claridad los ruidos del corazon.

Region precordial. Acostada. No hay abovedamiento; apenas se vé latir la punta del corazon en el 5º espacio intercostal, abajo de la mamila que está atrofiada. = Palpacion: impulsión débil, no se sienten los chasquidos valvulares; á la derecha, cerca del esternon, existe un frotamiento que cuesta trabajo apreciar bien. = Macicez precordial: 7 centímetros en el sentido vertical y 8 en el trasversal. = Auscultacion: Soplo rudo ocupando el primer tiempo de la punta, teniendo su máximum de intensidad al nivel de la cuarta costilla izquierda, en el punto en que la encuentra la línea mamilar, desapareciendo hácia la derecha, propagándose hácia la línea axilar; á la derecha este soplo es reemplazado por un frotamiento, que casi es ruido de escofina, que ocupa los dos tiempos del corazon, y que se propaga á la base del órgano; en ningun punto se perciben los ruidos normales.

Sentada. No se vé latir la punta del corazon. = Silencio completo á la palpacion. = Macicez 8 centímetros cuadrados. = Auscultacion: el soplo de la punta persiste con sus mismos caracteres; el frotamiento se hace muy suave y es posible oír debajo de él los ruidos normales del corazon; en el lado derecho, los ruidos del corazon son mas débiles, pero mucho mas claros que los del lado izquierdo.

Parte posterior del tórax. Nada notable á la inspeccion. = Por la percusion, sonoridad exagerada, sobre todo, en el lado derecho. = Respiracion débil en los dos lados; en el izquierdo, se perciben muy bien los ruidos del corazon.

Ventre. Aplastado, blando y depresible; no es dolorosa la palpacion. Macicez hepática: línea epigástrica, 3 centímetros; mamilar, 10; axilar, 14 centímetros; la region hepática no es dolorosa á la presion, ni se puede percibir fluctuacion. Apenas existe macicez esplénica.

Pulso pequeño, regular, uretral, 24 por $\frac{1}{4}$ de minuto; respiracion 5. El trazo esfimográfico presenta la meseta característica del ateroma, y la falta del dicrotismo normal.

Tratamiento. Polvos de Dower 3 gramos en 6 pp. repartidos en el dia. Digitalina de Homolle y Quevenne 2 miligramos, uno bis. Leche con polvo de carne.

Febrero 24. Pulso 23, respiracion 5. Siguen las deposiciones. La enferma se queja de que la leche le provoca basca. Diacordio y subnitrate de bismuto $\overline{c.c.}$ 2 gramos en IV bolos, repartidos en el dia. Digitalina, un gránulo bis. El mismo alimento.

Febrero 25. Pulso 22, pequeño, regular y dicoto; respiracion 5. Movimientos oscilatorios acompañados de temblor al extender los brazos y dedos. Las deposiciones siguen siendo muy frecuentes, aunque poco abundantes.

Febrero 28. Pulso 24, respiracion 4. Se queja de un dolor en el epigástrico. Diacordio y bismuto $\overline{c.c.}$ 3 gramos en VI bolos; bicarbonato de sosa 1 gramo en VI papeles alternando con los bolos.

Marzo 7. Todos estos dias han continuado las deposiciones con la misma abundancia; la enferma está muy débil, al grado de no poder levantarse sola de la cama. Digitalina 4 miligramos al dia. Sus papeles.

Marzo 8. Pulso 20, pequeño, blando, regular. Hoy se le notan dos escaras en los trocánteres. Continúan las deposiciones.

Marzo 9. Se le han contenido las deposiciones; pero la enferma se queja de mucha debilidad y de dolor en las piernas. Pulso 19, pequeño, débil y depresible.

Marzo 17. No han vuelto las deposiciones; la debilidad ha aumentado: se suspende la digitalina. Pulso 17, dicoto, fuerte y pequeño.

Marzo 18. Se queja de mucho dolor en la espalda, que le impide sentarse.

Marzo 19. Pulso 20, pequeño, regular, uretral. Duele la nuca; han vuelto las deposiciones con mucho pujo.

Marzo 21. Pulso 21, pequeño, debil, regular; respiracion 5. Sigue lo mismo; solo que el dolor de la nuca se le pasó á la region lumbar.

Tratamiento. Vino de quina, y elixir de coca, partes iguales, cucharada cada 2 horas. Diacordio y subnitrate de bismuto $\overline{c.c.}$ 4 gramos en VI bolos, repartidos en el dia.

Marzo 24. Pulso 18, pequeño, uretral; respiracion 4. Han continuado lo mismo las deposiciones. Se está produciendo una descamacion en la epidermis de la palma de las manos.

Marzo 27. Pulso 18, respiracion 5. No ha sentido ningun alivio.

Corazon. Impulsion mediana, estremecimiento vibratorio marcándose sobre todo, en le parte interna; apenas se siente latir la punta en el cuarto espacio intercostal. = Macicez en la línea vertical, 3 centímetros; trasversalmente, 45 milímetros. = Auscultacion: ruido de fuelle, ocupando el primer ruido de la base, teniendo su máximun de intensidad al nivel de la tercera articulacion condro-esternal derecha, extendiéndose á toda la parte trasversal del esternon, y desapareciendo en la tercera articulacion condro-esternal izquierda; es suave, y sin embargo, no tiene nada de musical ni de los otros caracteres de los ruidos anémicos, es un verdadero fuelle. El resto de la region está ocupado por un frotamiento, que coincide con los dos tiempos del corazon; y aun invade algo el pequeño silencio. Este frotamiento deja sin embargo percibir los ruidos del corazon; de manera que, hácia el epigástrico los ruidos parecen normales, mientras que á la izquierda, el primero está reemplazado por un soplo rudo y pequeño; partiendo de este punto el soplo desaparece hácia arriba, en donde se perciben los ruidos normales. Los ruidos del corazon derecho son, indudablemente, mas claros y mas débiles que los del izquierdo.

Bolos de diascordio y bismuto. Bicarbonato de sosa 1 gramo en 6 papeles al día.
Marzo 30. Desde ayer se le suspendieron las deposiciones; se siente tan débil que ni aun puede sentarse. El pulso está sumamente débil; sin embargo, ni el aspecto de la fisonomía, ni la lengua que está húmeda y ancha, ni los movimientos de la enferma, ni el brillo de sus ojos, hacen admitir que haya relacion entre el estado general y este pulso que apenas se puede contar.

Mayo 3. Desde el día 30 de Marzo á la fecha no han reaparecido las deposiciones; pero en cambio la debilidad ha ido en aumento, al grado de casi no permitir ningun movimiento á la enferma; pues apenas quiere enderezarse en su cama cuando siente que le faltan las fuerzas, y que se le va la cabeza.

Mayo 4. Ayer le volvieron las deposiciones acompañadas de pujo, tuvo 3 en la noche. Bolos de diascordio y bismuto. Leche con polvo de carne.

Mayo 5. Pulso 18, muy pequeño, muy blando, depresible é irregular. Se contradice en sus respuestas y muchas veces no comprende lo que se le pregunta. No han vuelto las deposiciones.

Mayo 6. Pulso 28, respiracion 8. Deliró toda la noche, su delirio fué tranquilo. La enferma se queja de un dolor en el epigástrico: no hay deposiciones.

Mayo 8. Pulso 10, muy pequeño, muy débil y depresible; respiracion 10. Dice la enfermera que anoche tuvo un vómito de sangre negra, y que desde entonces no puede pasar nada, ni alimentos ni medicinas; voz notablemente apagada, han vuelto las deposiciones.

Mayo 9. Muerte á las ocho de la mañana.

Autopsia el día 10 á las 10 de la mañana.

No hay rigidez cadavérica; adelgazamiento bastante considerable; vientre voluminoso; la coloracion no ha sufrido ninguna modificacion; ligero edema en los piés.

Al abrir la cavidad torácica se encuentran ligeras adherencias pleurales, sobre todo, al nivel del diafragma.

Pulmones. Muy chicos, pero con abolladuras marcadas, indicando el enfisema; crepitantes en todos sus puntos menos en la base.

El pulmon izquierdo en su lóbulo superior es menos crepitante que el derecho; en el lóbulo inferior mas que el derecho. En general este pulmon presenta mas abolladuras y mas aspecto de pulmon que el derecho; adherencias con el pericardio fáciles de separar y completamente celulosas. Al corte del lóbulo superior sale una gran cantidad de serosidad, y se nota algo del aspecto carnificado; el mismo estado en el lóbulo inferior. El pulmon derecho tiene el aspecto de la carnificacion, y al corte dá la idea de un pedazo de músculo; este aspecto se observa en todo el pulmon.

Corazon. El *pericardio parietal* está grueso, opaco, sus vasos se dibujan perfectamente, lo mismo que el nervio frénico.

El *pericardio visceral*, por la cara anterior, está cubierto de grasa, menos en la parte media y cerca del surco interventricular. En este punto existe una placa muy espesa que se separa con dificultad, tiene un centímetro de ancho por dos de largo, y sus extremidades superior é inferior están mucho mas delgadas que el centro; un poco mas á la derecha y abajo, existe otra placa poco espesa, estrecha, alargada y de límites poco distintos. En el ventrículo izquierdo apenas se vé la fibra muscular, pues está cubierta por la grasa y por nebulosidades y pinceladas blancas, que sirven como de vaina á los vasos. Por la cara posterior, el pericardio presenta la misma apariencia que en la anterior, con la diferencia de que no existen placas lechosas, y de que los vasos tienen un aspecto varicoso que se marca hasta en sus mas finas ramificaciones.

Colocando el órgano sobre la mesa, el ventrículo derecho se deprime y el izquierdo se presenta en el estado de *ereccion muscular*; la depresion del ventrículo derecho, es mas aparente todavia por la cara posterior. Se olvidó tomar las dimensiones del corazon.

Ventrículo derecho y válvula tricúspide. Haciendo una pequeña incision en el vértice del ventrículo y echando agua despues de haber ligado la pulmonar, el agua no es retenida por la tricúspide sino que pasa rápidamente á la aurícula. Abriendo la cavidad se vé que está muy agrandada y sus paredes adelgazadas. Espesor de las paredes ventriculares en la parte media.

que es donde es mayor, 11 milímetros, de los cuales 6 son de grasa; en la punta 1 milímetro.

Las válvulas que forman la tricúspide están muy deformadas, espesas en algunos puntos, con núcleos duros; existe una coloración roja muy subida en todas las válvulas; lo que, unido al espesor que presentan, les dá un aspecto de carnificación. Este color rojo, que existe también en la pared ventricular y en la auricular, desaparece en gran parte por el agua. Circunferencia del orificio aurículo ventricular derecho, 123 milímetros.

Las paredes de la aurícula derecha están sumamente adelgazadas; á tal punto, que se vé el dedo por transparencia; pero hay que notar, que este adelgazamiento no es de la fibra muscular de las anfractuosidades, sino de la pared. La cavidad de la aurícula es muy grande.

Pulmonar. Suficiente al agua. Las válvulas sigmoideas tienen un color rojo de sangre, y este enrojecimiento se extiende hasta la pared de la arteria, en donde forma placas de un color carmin; esta coloración no desaparece absolutamente por el agua. Hay una opacidad muy marcada en el endocardio que se prolonga al ventrículo, y cerca de las válvulas algunas plaquitas blancas. Las válvulas sigmoideas están perfectamente elásticas, y transparentes, sin la menor desgarradura.

Circunferencia del orificio pulmonar, 74 milímetros.

Ventrículo izquierdo y válvula mitral. La válvula aurículo-ventricular, insuficiente al agua; la fibra muscular del ventrículo tiene un color amarillento; las paredes tienen un espesor de 15 milímetros en la base, de los cuales 5 son de grasa; y 7 milímetros en la punta, siendo 4 de grasa. El endocardio ventricular está sumamente espeso, separándose con suma facilidad y dividiéndose en hojas.

Las válvulas de la mitral están muy espesas, teniendo algo del aspecto del pergamino: la anterior é interna ha conservado sus dimensiones normales, sus tubérculos terminales están muy desarrollados; la otra está muy recojida y muy dura, con eminencias muy marcadas que le dan un aspecto montañoso. Circunferencia del orificio aurículo-ventricular izquierdo, 94 milímetros.

Aorta. Diámetro exterior 43 milímetros. Suficiente al agua. Las válvulas sigmoideas están rojas muy rojas, lo mismo que la pared interna de la arteria; este enrojecimiento desaparece casi completamente por el agua. Sobre esta coloración de la arteria, se ven placas de ateroma de las cuales algunas son hasta calcareas; la ámpula aórtica es muy desarrollada, de manera de formar una verdadera cavidad en donde se podría poner un huevo de paloma; las válvulas sigmoideas están duras, espesas, opacas, habiendo perdido completamente su elasticidad; no presentan ninguna desgarradura. Circunferencia del orificio aórtico, 61 milímetros.

Ventre. Al abrir la cavidad sale una gran cantidad de líquido citrino con algunos copos blancos.

Hígado. Adherencias con diferentes órganos. Longitud 27 centímetros. Anchura 17 centímetros. En la parte media del lóbulo derecho el órgano sobresale de un modo notable, formando una eminencia; la cápsula de Glisson está gruesa, opaca, adherida de tal modo al hígado que no se puede separar sin arrastrar consigo pedazos del tejido hepático.

El hígado tiene un color amarillo pajizo, la sustancia roja casi ha desaparecido; sin embargo, á la simple vista no se vé el aumento del tejido conjuntivo. Al desgarrar el órgano, lo cual se hace con mucha facilidad, se vé que el aspecto granuloso ha desaparecido completamente; no se vé tejido celular.

Bazo. No parece aumentado, mas bien está pequeño. A la simple vista la superficie tiene un color blanco lechoso dispuesto en forma de arborizaciones. Al corte se parece á la fibra muscular; es una superficie roja, en la cual hay un gran número de estrias blancas, delgadas formadas por tejido conjuntivo; la consistencia parece aumentada.

Riñon izquierdo. Longitud 85 milímetros. Anchura 45 milímetros. Su forma es como si se hubiera exagerado su curvatura normal. La superficie tiene un color amarillo, apenas se ven una que otra arborización en su borde libre; la cara anterior, está dividida en un gran número de lóbulos que se dibujan muy bien en el borde libre; la cara posterior tiene el mismo aspecto que la anterior, solo que son menos marcados y menos numerosos los lóbulos. Al corte se ven perfectamente marcados los caracteres del segundo periodo del mal de Bright.

Riñon derecho. Longitud 90 milímetros. Anchura 51 milímetros. El mismo aspecto que el izquierdo; siendo, sin embargo, mas marcada la division en lóbulos.

Cavidad craneana. Adherencias de la dura-madre á las partes profundas, fáciles de separar.

Abajo de la aracnoides se nota un derramé de líquido citrino, trasparente y en corta cantidad; la piamadre está muy gruesa, se separa con facilidad de la sustancia cerebral; todas las meninges están inyectadas.

El cerebro tiene el aspecto de un cerebro en maceracion; las circunvoluciones están muy desarrolladas. Al corte del hemisferio derecho se encuentra la anemia muy bien marcada; se distinguen muy bien las dos sustancias; lo mismo el izquierdo. Nada de particular en los ventrículos, protuberancia y cuerpo calloso.

Cerebelo reblandecido.

Estómago. Mucosa muy espesa, con mucho moco; puntos rojos muy pequeños y en gran número, sobre todo en el cárdia, donde existen las varicosidades que se han señalado en la cirrosis.

Intestinos. Congestionados; mucosa muy espesa, con algunas equímosis.

Se perdieron las cápsulas suprenales.

OBSERVACION SEXTA.

Dolores Montes, de 57 años, de San Pedro Toliman, costurera, raza indígena pura; entró al Hospital Juarez el dia 14 de Abril de 1881, y ocupó la cama número 28 de la Sala Josefa Ortiz.

Dice que desde muy niña ha padecido de dolores en el corazon, y que los médicos le dijeron que tenia una enfermedad en el corazon. Hace ocho dias, á consecuencia de una afeccion moral desagradable, empezó á sentir una ansia y una sofocacion, que es de lo que se viene á curar: añade que la ansia le parte del estómago, siente que se le sube algo á la garganta y le impide el *resuello* por un rato; otras veces, en lugar de ir á la garganta, le sube al corazon, el cual se le para y entonces siente una cosa muy fea: ha tenido tambien una tos muy fuerte que le dá, sobre todo, despues de comer y en la noche; con la tos arroja un esputo blanco espumoso; nunca ha escupido sangre ni ha tenido calentura, ni dolores; pero sí palpitaciones que le dan al andar, ó cuando tiene algun disgusto: no se le han hinchado los piés, ni ha tenido deposiciones: el apetito se ha conservado.

Enfermedades anteriores. No hay antecedentes de escrofulosis; no ha padecido ninguna fiebre eruptiva. Las únicas enfermedades que ha padecido, segun dice, han sido catarros que le caen al pecho, palpitaciones y dolor en el corazon: no ha tenido tifo, ni pulmonías, ni reumas, ni erupciones en la piel: no hay antecedentes sifilíticos. Su primera menstruacion la tuvo á la edad de 13 años; siempre fué regular, aunque muy abundante: desde hace 12 años no le ha vuelto.

Ha adolecido desde hace 2 años de basca en la mañana; al despertar vomita todos los dias una gran cantidad de flemas verdes que le cuesta mucho trabajo deponer: dos veces ha tenido deposiciones que le han durado ocho dias: siempre ha acostumbrado tomar mucho alcohol: hace muchos años que no puede dormir bien; su sueño es muy ligero y de cuando en cuando tiene pesadillas que la hacen despertar asustada.

El padre murió de pulmonía, padeció reumas con frecuencia: la madre, segun los datos que suministra la enferma, murió de cáncer del útero. El padre acostumbraba tomar mucho refino.

Exámen físico. Mujer de unos 60 años, de constitucion regular; acostada sobre el lado derecho, muy sorda.

Pulso fuerte, amplio, regular, dicrótico é igual, 30 por $\frac{1}{4}$ de minuto; respiracion 8. (Para la descripcion de los trazos esfimográficos, véanse las págs. 36 y 37.)

La cabeza está llena de canas, hay algunos piojos aunque pocos.

Cara. Hay dos cosas que llaman la atencion en el faciés de esta enferma: la primera es lo que

se ha llamado el *faciès cardiaco*; el cual está constituido por una coloracion amarilla de cera, y por una hipertrofia del tejido sub-dérmico; la segunda es la expresion de sorpresa ó el *étonnement*, que tan bien ha descrito Trousseau. Si se examina con atencion á esta enferma, en el momento en que habla se nota otra cosa, y es, que el lado izquierdo de la cara se contrae menos que el derecho; los párpados se cierran igualmente bien en los dos lados; las arrugas de la frente no son mas marcadas en un lado que en otro; en la lengua no se aprecia ninguna desviacion. Conjuntivas anémicas, sin coloracion icterica; pupilas normales é iguales en los dos lados; terigiones internos de un color amarillo sucio; círculo senil en las corneas. Lengua ancha, húmeda, temblorosa, casi enteramente descamada, cubierta solamente de una capa blanquizca en su centro; en la punta y en el borde derecho, se vé una cinta ó faja de un color casi negro, de 4 centímetros de extension por uno de anchura, y formada por muchas pequeñas manchas; en la parte inferior de la lengua no hay ninguna coloracion, solamente se ven las venas raninas muy desarrolladas, y llenas de una sangre muy negra.

Coloracion. Además de la coloracion amarillenta de cera que hemos señalado en la cara, existen un gran número de puntos oscuros cuyo color varía del café claro al negro intenso y que son, sobre todo, numerosos en la frente: el cuello tiene un color muy oscuro. En la pared anterior del tórax la coloracion tiene algo de particular; está constituida por tres colores: un fondo amarillo, unas pequeñas manchas oscuras que en algunos puntos son enteramente negras, confluentes y muy numerosas; otras manchas poco numerosas, blancas, que parecen efélides ó mejor dicho, pequeñas cicatrices como las que dejan las erupciones de la piel y en particular la acnéa; sin embargo, si se examina con cuidado, se vé que hay algunas que hacen una ligera saliente; otras por el contrario, están deprimidas; y otras que no son ni salientes ni deprimidas (la enferma dice, que no sabe cuando le salieron esas manchas pues no recuerda haber tenido granos). En la parte posterior del tórax, la coloracion es la misma que en la anterior. Como á tres centímetros arriba del ombligo, se observa una faja formada por grandes manchas de un color blanco mate y de forma irregular; algunas de estas manchas tienen 6 centímetros de longitud por 3 de anchura: esta faja abarca toda la circunferencia del vientre. El resto de la pared abdominal tiene un color muy oscuro, sobre todo en la línea alba, que es enteramente negra. En la cara posterior del antebrazo y en el dorso de las manos, hay un gran número de manchas negras colocadas sobre un fondo oscuro; esta coloracion hace contraste con el color amarillento del resto del miembro; uñas perfectamente blancas; color oscuro en las piernas. La mucosa del labio inferior tiene un color rosado, sobre el cual se ven muchas pequeñas manchas de un color oscuro; unas perfectamente negras, y otras de un color semejante al que produce el nitrato de plata sobre la piel. En el labio superior existen las mismas manchas mas numerosas, formando casi una línea continua de un color café. La mucosa palatina es de un blanco mate; la del carrillo izquierdo tiene un gran número de manchas iguales á las del labio inferior; en el carrillo derecho apenas existe una que otra.

En el hueco supra-esternal se ven latidos muy fuertes que levantan la pared; no se sienten ganglios en ningun punto. Auscultando las carótidas, el primer ruido arterial está cubierto por un ruido muy áspero que probablemente es propagado del corazon.

Parte anterior del tórax. Hay en este pecho una deformacion bastante característica, que está constituida por un abultamiento general del pecho, que es cilíndrico; y por una depresion en círculo ó en anillo, que acupa la region sub-clavicular, la primera costilla, parte de la segunda y aun algo de la primera pieza del esternon. Los movimientos respiratorios, tanto de ampliacion como de elevacion, parecen normales; tal vez un poco exagerados. = Sonoridad exagerada á la percusion de todo el pecho. = Auscultacion: respiracion áspera en el pulmon derecho, no hay espiracion prolongada, y sí algunos estertores mucosos; lo mismo en el lado izquierdo.

Region precordial. Depresion de toda la region desde la tercera á la quinta costilla en el sentido vertical, y desde el borde izquierdo del esternon hasta 7 ú 8 centímetros afuera. No se vé latir la punta del corazon. = Silencio completo á la palpacion de toda la region; solo en el epigástrico se siente algo de impulsión. = Macicez precordial: línea vertical 95 milímetros, trasversal 90

milímetros. = Auscultacion: frotamiento rudo y seco, ocupando todo el lado derecho desde la punta á la base del órgano; un poco menos marcado á la izquierda; cubriendo los dos tiempos y el pequeño silencio del corazón; teniendo algo de apergaminado en el primer tiempo; de manera que no es posible percibir ningun ruido de los propios del corazón. Este exámen se hizo estando acostada la enferma.

Sentada. La misma depresion que acostada; no se vé latir la punta, pero sí se ven latidos epigástricos. = A la palpacion, se siente latir la punta en el 6.^o espacio intercostal y fuera de la línea mamilar; se sienten los latidos epigástricos con la mano. = Macicez: línea vertical 70 milímetros, teniendo su límite inferior un poco arriba del punto en que se siente latir la punta; línea transversal 75 milímetros. = Auscultacion: frotamiento muy poco marcado en la base; aun parecen percibirse los ruidos normales á la izquierda, pero están muy profundos; en la punta, el frotamiento es un poco mas intenso á la derecha.

Parte posterior del tórax. A la inspeccion se la vé algo globulosa = Sonoridad exagerada á la percusion en la base de los dos pulmones; normal en los vértices. = Auscultacion: respiracion débil en la parte superior; suplementaria en las bases; no hay espiracion prolongada.

Ventre. Deprimido; paredes muy flácidas, muy depresibles. Pasa el borde de la mano bajo el arco costal derecho. Macicez hepática: línea epigástrica 6 centímetros; mamilar 7; axilar 8 centímetros. Macicez esplénica: línea vertical 5 centímetros, transversal 4 centímetros, (difícil de limitar bien).

Miembros superiores. Algo adelgazados. A la simple vista se ven latir las arterias radial, cubital, humeral y axilar. Haciendo extender el miembro, se ven movimientos oscilatorios generales en él, y un temblor muy característico en los dedos.

Nada de particular en los miembros inferiores. No hay edema.

Tratamiento. Poción anticatarral, leche y pan, 8 pastillas de piño marítimo.

Abril 29. Pulso 26, los mismos caracteres; respiracion 4. Al tomar el pulso se nota la arteria como un cordón duro, rígido, sin desigualdades. La enferma se asusta porque no siente latir su corazón. Sigue molestando la tos.

Mayo 3. Pulso 25, respiracion 6. Anoche le volvió la ansia con mucha fuerza, al grado de querer ahogarse. Tratamiento. Poción anticatarral, polvos de Dower 3 gramos en 6 papeles, 1 cada 2 horas. Leche y costilla.

Mayo 5. Pulso 23, respiracion 5; se sienten desigualdades en la arteria radial. Ayer deliró toda la noche, cada rato se queria salir, diciendo que le dieran su ropa para irse, porque se iba á morir. Hoy está calmada; su fisonomía tiene un aspecto como de asombro, los ojos están brillantes. La enferma dice que está buena, no recuerda nada de lo que pasó anoche.

Mayo 7. Pulso 25, respiracion 6. Anoche volvió á delirar, y aun hoy, al pasar visita, se le encuentra con el delirio, aunque quieta. Dice la enferma que la están envenenando, que las enfermeras y las enfermas la quieren ahogar, y pide la dejen salir á su casa. Ha tenido 3 deposiciones, Diascordio y bismuto a. c. 3 gramos en VI bolos.

Mayo 8. Pulso 23, respiracion 7. Dice la enfermera que ayer estuvo furiosa, porque creia que la iban á envenenar; no quiere tomar ni alimentos ni medicinas, porque dice que son venenos con los cuales la quieren matar.

Mayo 9 y 10. Pulso 24, respiracion 6. Ha continuado con su mismo delirio, ha sido necesario hacerla comer por la fuerza.

Mayo 11. Pulso 22, respiracion 5. Sigue con su mismo delirio, solo que cambió de objeto, ahora cree que la van ahorcar.

Mayo 12, 13 y 14. Ha continuado con el delirio, creyendo unas veces que las enfermas son espías de su familia y otras que la van á matar.

Mayo 15. Desde anoche desapareció el delirio. Hoy dice que está buena,

Mayo 16. Pulso 25, respiracion 5. Se queja de mucha tos.

Mayo 20. Pulso 22, respiracion 4. Se queja de un dolor en el costado izquierdo.

Nada notable á la auscultacion del pulmon.

Mayo 26. Pulso 26, fuerte, amplio, dicroto, intermitente, una intermitencia en un minuto; respiracion 5. Ha vuelto con la idea de que la han envenenado, y que por eso no puede obrar.

Así continuó con el mismo delirio, hasta el 31 de Mayo en que se le dió su alta voluntaria; habiendo salido en la creencia de que no le habian hecho ninguna medicina para su enfermedad.

OBSERVACION SETIMA.

Autopsia de un enfermo que sucumbió en la Sala 2^a Juarez del Hospital del mismo nombre, en donde ocupó la cama número 30. La víspera de su muerte, entró este enfermo en un estado comatoso. No se pudo recojer ningun antecedente de su enfermedad.

Robustez conservada. No hay rigidez cadavérica.

Llama la atencion la coloracion oscura, casi negra, que ocupa la cara, brazos, antebrazos dorso de la mano y miembros inferiores hasta la rodilla; en el escroto el color es enteramente negro. Hay un gran número de manchas negras y blancas en la cara, brazos y piernas; las blancas parecen ser cicatrices; en el dorso de las manos las manchas negras existen solas. La mucosa del labio inferior, sumamente pálida, tiene algunas manchas de un color café claro. Un gran número de canas en la cabeza.

Cavidad craneana. Inyeccion de la dura-madre, que está espesa y muy gruesa; inyeccion muy fina de la pia-madre.

La arteria silviana izquierda presenta, en el punto en que dá nacimiento á la rama anastomótica con la basilar y á la rama que sigue la parte anterior del surco medio, un coágulo que obstruye completamente el vaso. Este coágulo, perfectamente libre en la cavidad del vaso, está formado de dos partes: una central de un color rosado amarillento, muy consistente; y otra mucho mas considerable, negra y blanda. Esta disposicion se vé mejor en una rama que se desprende de la arteria silviana, y en la cual la parte periférica del coágulo es negra y blanda, y la parte central dura y amarilla. En el trayecto que sigue esta ramita, la sustancia cerebral blanca está reblandecida, con arborizaciones rojas, y en ciertos puntos la materia cerebral está completamente destruida; en una palabra, se vé allí lo que los antiguos describen con el nombre de *reblandecimiento rojo*.

En la arteria silviana derecha no se vé nada semejante; y en el trayecto que sigue la arteria, la sustancia cerebral ha conservado su consistencia normal.

Al corte del hemisferio izquierdo se vé perfectamente lo que ha sido descrito con los nombres de *reblandecimiento rojo y reblandecimiento amarillo*. Queriendo descubrir el ventrículo lateral, es imposible conseguirlo porque todo este centro está convertido en una papilla de un color rojo amarillento.

En el hemisferio derecho se encuentran muy bien separadas las dos sustancias, aunque algo reblandecidas, (es bueno hacer notar que el exámen del cerebro, hígado, riñones y bazo se hizo 48 horas despues de la muerte). Existe tambien en este hemisferio, el estado de arenillas perfectamente característico.

Protuberancia, 3^o y 4^o ventrículo, nada de particular.

Cerebelo, algo reblandecido y estado de arenillas.

En la médula espinal se vé un color verde oscuro tachonado de puntos negros: este color ocupa únicamente las meninges, sin penetrar en la sustancia medular.

Corazon. A la simple vista se ven un gran número de masas cuya forma se parece á la de los ganglios linfáticos; encontrándose colocados al rededor de los vasos de la base del corazon, de la tráquea, etc.; pero sobre todo, debajo de una parte que parece ser el pericardio. Estas masas presentan á la vista un aspecto caseoso; pero al cortarlas, por su aspecto blanco mate y su consistencia, recuerdan, mas bien, lo que ha sido descrito por Robin con el nombre de *tumores embiro-*

plásticos. El pericardio está sumamente espeso; forma al nivel del ventrículo derecho una cavidad, en el resto de su extension está tan adherido á las masas descritas y á la fibra muscular que es imposible separarlo. Visto el estado informe de todas las partes del corazon, se hace abstraccion del exámen acostumbrado y se procede á abrir el ventrículo izquierdo, penetrando por la aorta.

Llama, desde luego, la atencion el gran espesor de las paredes ventriculares, que tienen 3 centímetros en su base, siendo 2 de fibra muscular: en la punta, este espesor es de 25 milímetros, de los cuales 5 únicamente son de músculo; el resto está constituido por el pericardio y los cuerpos ya descritos. Esta pared ventricular está formada de tres capas: una externa ó periférica constituida por el pericardio adherido, de cuatro milímetros de espesor; otra media, formada por los tumores mencionados; y, por último, la interna constituida por la fibra muscular que es muy gruesa en la base y apenas marcada en la punta.

La fibra muscular ha perdido su color rojo característico, para tomar un color claro de tierra de Sienna. La cavidad ventricular parece aumentada; y decimos parece, porque el desarrollo muy considerable de las columnas carnosas, que le dan un aspecto reticulado característico, disminuye la mencionada cavidad. El endocardio, está opaco, de un color lechoso; en algunos puntos muy espeso, ha perdido su transparencia, despegándose en unos puntos con facilidad y en otros con dificultad. Cortadas las columnas carnosas presentan como notable, la coloracion, que es aun mas clara que la señalada en la pared.

Válvula mitral. Un coágulo ocupa el orificio; en sus partes declives tiene un color enteramente negro. Las válvulas están espesas, muy opacas, muy duras sin llegar, sin embargo, á cartilagosas; blancas, presentando en su borde excrescencias de forma vegetante, ó mejor de condilomas. Circunferencia del orificio aurículo ventricular izquierdo, 99 milímetros.

Aorta. Las sigmoideas parecen desplegarse bien: una de ellas, la posterior, presenta en una de sus extremidades, cerca del borde superior, un agujero de 4 milímetros; todas están delgadas en la parte inferior, en el resto de su extension están gruesas pero no duras y ni aun opacas, el endotelio se despega con facilidad. El aspecto de la pared interna de la arteria, desde la insercion de las sigmoideas hasta la aorta ventral, es de un color amarillo canario, viéndose además pinceladas claras formadas por el ateroma. Circunferencia del orificio aórtico al nivel de la insercion superior de las sigmoideas, 65 milímetros; en la insercion inferior, 72 milímetros.

El endocardio de la aurícula izquierda es de un color blanco mate completamente opaco y separándose con facilidad; la cavidad de la aurícula parece aumentada.

Ventrículo derecho y válvula tricúspide. La cavidad del ventrículo indudablemente está agrandada; se le vé llena de un coágulo, negro en su parte inferior y amarillento en la superior; las columnas carnosas que tienen un aspecto reticulado, parecen haber aumentado de número. Espesor de las paredes ventriculares en su base, 1 centímetro; en la punta, 5 milímetros: espesor del tabique, 3 milímetros en el punto máximo.

Llama la atencion lo saliente que está el orificio tricúspide, formando una verdadera arista; lo que parece debido al estado de tension de los tendones y columnas carnosas. La válvula posterior está reducida á un simple borde muy espeso; las otras dos, están muy delgadas y transparentes. Circunferencia del orificio aurículo ventricular derecho, 120 milímetros.

Las paredes de la aurícula derecha están tan delgadas que en algunos puntos son transparentes. El endocardio está blanco, opaco, aunque menos que el de la aurícula izquierda, y se separa con mucha facilidad. En la superficie del endocardio se ven dos cuerpos como granos de arroz, que parecen tomar raíz abajo del endocardio y hacer hernia, empujando esta membrana hácia la cavidad auricular.

Pulmonar. Las sigmoideas apesar de estar muy delgadas, presentan un color blanco opaco que no es el normal; pequeñas desgarraduras en su borde libre. Circunferencia del orificio pulmonar, 72 milímetros.

Adherencias bastante fuertes entre las dos hojas de la pleura izquierda. Natas purulentas cubren toda la pleura la cual está convertida en una membrana muy gruesa y opaca; en esta mem-

brana se ven un gran número de arborizaciones que le dan un aspecto muscular. En la pleura derecha existe un tumor que parece ser un ganglio, con la misma alteracion ya descrita, aunque es mas blando.

Pulmones. Rodeando el pedículo del pulmon y los gruesos vasos del corazon, hay un gran número de ganglios de un color negro y muy grandes.

El ápice del pulmon izquierdo se encuentra infiltrado; mejor dicho, sembrado de un gran número de pequeños tumores, de los cuales el mayor tendrá el tamaño de un garbanzo y constituidos por una sustancia semejante á la de los tumores descritos en el corazon. Se dibujan muy bien las costillas en la parte lateral. En la cara superior del diafragma, se encuentra un ganglio que encierra una sustancia amarillenta y que se puede comparar á un frijol crudo. Al corte, el ápice del pulmon izquierdo presenta una série de pequeñas masas duras, estando una de ellas colocada inmediatamente abajo de la pleura.

Por la superficie de seccion se vé salir una gran cantidad de moco espumoso, y el pulmon presenta el estado carnificado, aunque se desgarrar con facilidad. Mas abajo, en un punto que dá al tacto la sensacion de dureza, se vé muy bien el aspecto cirrótico del pulmon: mas abajo todavia, se observa una especie de cavidad quística formada por la pleura engruesada, y conteniendo una sustancia gelatiniforme, que parece formar un tejido adherido al pulmon por un lado y á la pleura por otro; en todos estos puntos el pulmon está menos crepitante y duro. En un punto del lóbulo inferior se encuentra un coágulo blanco, y duro en su mayor parte, montado á caballo sobre una bifurcacion arterial, y al cual sigue otro coágulo blando y negro: este coágulo parece ser el resultado de una embolia: cerca de este punto el pulmon está mas crepitante, pero infiltrado de algo que le dá un color gris.

El pulmon derecho, en su superficie presenta el estado *mosqueado*. Al tacto se siente un gran número de puntos duros diseminados en todo el pulmon, que apénas es crepitante. Al corte, el mismo estado *mosqueado*, y ademas se vé una gran cantidad de tejido conjuntivo. En el lóbulo inferior hay algo del estado carnificado del pulmon, y un foco apoplético perfectamente marcado que se prolonga en una extension de 7 ú 8 centímetros cuando menos, y donde se notan vasos, que parecen venosos, llenos de coágulos negros y duros: las arterias se ven vacias. En el lóbulo medio solo se presenta el enfisema perfectamente caracterizado.

Hígado. No parece aumentado de volumen. La cápsula de Glisson se despega fácilmente; no está espesa, y presenta algunas placas y pinceladas blancas. Quitada la cápsula, se vé al hígado constituido por dos sustancias: una amarilla, cuyo color varía del amarillo verdoso al amarillo claro; y otra, formada por manchas violaceas y algunas arborizaciones rojas. Al corte, aspecto *mosqueado*.

Riñon derecho. Longitud, 16 centímetros: anchura, 6 centímetros. Forma en arco muy exagerada; aspecto polilobulado en sus dos caras: en la posterior, se ven partir del pedículo cinco divisiones que se subdividen despues; en la anterior, solo se ven partir dos divisiones del pedículo, pero despues se subdividen en un gran número, de modo de hacer mas marcado el aspecto polilobulado, sobre todo, en el borde libre, en donde las divisiones son muy profundas.

Al separar la cápsula arrastra consigo pedazos de la sustancia renal. La superficie del órgano tiene un color amarillento, con arborizaciones rojas; en la cara anterior se ven, ademas, cuatro manchas de un color verdoso muy oscuro. Al corte, solo en la sustancia medular se nota el aspecto lobulado; la superficie de seccion tiene los caracteres del primer periodo del mal de Bright.

Riñon izquierdo. Longitud, 90 milímetros; anchura, 45 milímetros. La cápsula está espesa, blanca, opaca, separandose con facilidad; y se presenta debajo de ella, y en la parte inferior del riñon, un tumor del tamaño de un frijol, que tiene un aspecto semejante al de los tumores que hemos mencionado en otros órganos: este tumor está enclavado en la sustancia propia del riñon; al corte se le vé constituido por una sustancia blanca semejante á un frijol crudo.

La superficie del riñon presenta una série de eminencias y depresiones; de manera que, todo el órgano está dividido en un gran número de lóbulos. Por lo demas, el aspecto del riñon izquierdo es el mismo que el del derecho.

Bazo. Longitud, 12 centímetros; anchura 9. Al corte se nota que tiene una consistencia que no es la normal; sobre todo, si se atiende al tiempo que lleva de muerto el enfermo; pero que se explica, por que se vé en la superficie del corte un gran número de puntos formados por tejido conjuntivo.

Se guardan las cápsulas suprarrenales despues de medirlas y de abrir la izquierda, que presenta una cavidad llena de un líquido color de sepia con puntos amarillos.

Cápsula izquierda: longitud, 40 milímetros; anchura, 50 milímetros. Cápsula derecha: longitud, 30 milímetros; anchura, 40 milímetros.

OBSERVACION OCTAVA.

Natividad Olivo, de 40 años de edad, natural de Irapuato, soldadera y de raza indígena; entró al "Hospital Juárez" el día 24 de Febrero de 1881 y ocupó la cama número 22 de la sala Josefa Ortiz de Domínguez.

Febrero 28. Hace tres meses que empezó á padecer en la pierna izquierda de un dolor continuo, que aumenta luego que cae la tarde; este dolor lo tiene tambien en los muslos, pero sobre todo en la parte interna y anterior de la pierna izquierda. Atribuye su enfermedad á haberse mojado los piés estando sudando; no ha tenido calentura ni ninguna otra cosa. Antes de que le apareciera el dolor de la pierna, tuvo unos granos en los miembros inferiores, que primero eran rojos, despues se le ponian blancos, le reventaban y se le formaban costras muy grandes; no la daban comezon, y le duraron dos meses. Entonces tambien le vino *escorbuto en la boca*; le dolia mucho y se le hinchó toda la boca, acabando por comérsele toda la encia; no tuvo nada en la garganta.

Enfermedades anteriores. Desde hace tres años padece palpitaciones, que le dan en cada efecto de luna, ó bien cuando se fatiga mucho: no puede subir escaleras, porque luego le da una ansia, una opresion muy fuerte en el pecho y le salta el corazon. Nunca ha padecido reumas. En Morelia tuvo pulmonía hace dos años, de la cual quedó enteramente buena, segun dice ella; tuvo tambien una fiebre que, segun los antecedentes que ministra ella misma, fué un tifo. De las fiebres eruptivas, solo viruelas ha tenido. No hay antecedentes escrofulosos. A los trece años tuvo su primer periodo, el cual siempre ha sido regular.

El padre era muy borracho, siempre tomaba su copa de refino en las mañanas; murió de tifo, y la madre de resultas de un parto.

Ha acostumbrado desde muy jóven beber refino, con frecuencia se embriaga: padece bascas en ayunas arrojando flemas blancas; de cuando en cuando le dan deposiciones, sin que sepa ella el motivo; hace tiempo no puede dormir bien por las pesadillas que le dan.

Exámen físico. Mujer de una constitucion débil. Cabeza con pelo negro muy escaso. Arrugas trasversales en la frente, muy marcadas; conjuntivas de un color pálido con terigiones internos y externos muy desarrollados, sobre todo, los internos; pupilas dilatadas é iguales en ambos lados; conjuntivas palpebrales de un color rojo muy intenso. En el ángulo externo del ojo izquierdo existe un tumorcillo como del tamaño de un chícharo, indolente, de consistencia blanda y que rueda bajo la piel; (la enferma dice que dé cuando en cuando se le revienta y sale materia); labios delgados; lengua ancha, húmeda, temblorosa, descamada en sus dos tercios anteriores; en el centro está cubierta de una capa blanca poco espesa. Un gran número de cicatrices de viruelas. Nada en la garganta. Un gran número de ganglios, tanto carotidéos como submaxilares; algunos suboccipitales, que son pequeños, duros y que ruedan bajo el dedo.

Coloracion. La cara tiene el color propio de la raza indígena; además, hay manchas negras, de forma irregular, pequeñas que se ven, sobre todo, en la frente y en la barba. El cuello tiene un color muy oscuro, sobre todo, en las partes laterales. En la pared anterior del tórax se vé una série de pequeñas manchas de un color café oscuro alternando con otras de un color blanco;

estas últimas parecen ser cicatrices, pues están deprimidas. El tercio superior del tórax, por su parte posterior, tiene un color muy oscuro; lo mismo que la parte superior del vientre, arriba del ombligo: miembros inferiores de un color amarillo terroso con muchas cicatrices de un color negro, de forma irregular, algunas pequeñas y otras grandes: en los miembros superiores las manchas negras solo existen en la cara dorsal de las manos; no son cicatrices. En las mucosas del labio inferior, de los carrillos y en la bóveda palatina hay muchas manchas negras; en la del labio superior, que tiene un color rojo vivo, existe una faja negra que ocupa toda la extensión del labio, y que tendrá una anchura de 3 milímetros.

Nada anormal en los pulmones por la parte anterior.

Corazon. No hay abovedamiento; se vé latir la punta con fuerza en el 5^o espacio intercostal inmediatamente abajo del pezón; las mamilas están atrofiadas. = Palpacion: impulsión fuerte; se siente latir la punta en el sitio en que se veía; frotamiento ocupando los dos tiempos, mas marcado en la punta y á la derecha; en la base casi no se siente. = Macicez: línea vertical, 7 centímetros; trasversal, 5 centímetros. = Auscultacion: frotamiento ocupando los dos tiempos, extendido á toda la region, siendo mas intenso en la punta y á la derecha; en ningun punto se perciben los ruidos normales.

Parte posterior del tórax. Nada de particular á la inspeccion, palpacion y percusion. = Respiracion débil de los dos lados; los ruidos del corazon se perciben muy bien en el ápice del pulmon derecho.

Vientre aplastado, duro; pasa el borde de la mano bajo el arco costal derecho. Macicez hepática: línea epigástrica, 3 centímetros; mamilar, 10; axilar, 11 centímetros. Macicez esplénica: línea vertical, 6 centímetros; trasversal, 5 centímetros; ambas dudosas.

Miembros inferiores. Pléyade ganglionar en las íngles.

La presion es dolorosa en el muslo derecho, sobre todo, en los músculos externos; lo mismo que en la parte anterior é interna de la tibia derecha; en donde se siente ademas el periostio engruesado y con desigualdades manifiestas.

No hay edema.

Tratamiento. Agua 120 gramos, yoduro de potasio, 3 gramos, bromuro de potasio, 1 gramo, j. s. c. b. Cucharada cada hora. Una píldora del "Hospital Juarez" las cuales están compuestas de glúten 12 centigramos, bicloruro de mercurio 1 centígramo, para 1 píldora. Racion.

Marzo 1^o Pulso 25, regular y dicoto. El trazo esfímográfico presenta, una tendencia al gancho de la insuficiencia aórtica, un dicrotismo exagerado, línea de ascension vertical de 5 centímetros.

Salió de alta, por haberlo pedido, el dia 4 de Marzo.

OBSERVACION NOVENA.

Juana Cortéz, natural de Toluca, soltera, de 23 años, de oficio molendera, de raza mezclada y de constitucion débil; entró al "Hospital Juarez" el dia 21 de Enero de 1881 y ocupó la cama número 25 de la sala Josefa Ortiz.

Hace quince dias que le empezó su enfermedad: segun dice, le salió una grieta en el talon derecho, que desatendió al principio; como á los cuatro dias le dió calosfrio y calentura en la tarde, y unas punzadas muy agudas en toda la pierna, sentía como si le taladraran el hueso; desde entonces se le comenzó á hinchar toda la pierna y le salieron unas secas en la íngle. Se curó con cataplasmas de malva, y como la *erisipela* no desaparecía se vino al Hospital. La calentura solo le duró dos dias, pero le han seguido las punzadas que ahora le dan, sobre todo, en la noche luego que se mete en la cama, y le impiden dormir; la hinchazon le ha seguido lo mismo.

Hace unos seis meses le salieron unos tubones que se le secaron sin supurar, y unos granos en las dos piernas, que al principio eran muy rojos; luego le aparecía un puntito blanco y por último,

le reventaban saliendo materia y dejando despues unas costras que se le caian y le volvian á salir; no le daban ninguna comezon. Ya antes le habian salido unas manchitas rojas en el pecho y en los brazos que le duraron unos cuantos dias: dice que nunca ha padecido de la garganta, ni se le ha caido el pelo.

De chica tuvo viruelas y sarampion y padeció mucho de los ojos, que se le ponian rojos, le lloraban mucho y le daban punzadas muy fuertes; se le quitaba con defensivos de agua fria; pero al poco tiempo le volvia; nunca ha padecido de las narices ni se le han reventado los oídos, ni ha tenido reumas, tifo, pulmonias ni palpitaciones, ni le han dado ataques. Tuvo su primer periodo á los 18 años; hace un año le apareció un flujo blanco muy abundante, sin saber por qué: desde entonces le duele mucho la cintura, sobre todo, cuando está mala de sus reglas.

Dice la enferma que no acostumbra desayunarse: desde hace muchos años, luego que se levanta toma una copa de refino, y no vuelve á tomar nada hasta que come; entonces toma un poquito de pulque (medio): suele embriagarse con alguna frecuencia; no ha padecido bascas en la mañana ni deposiciones; su sueño siempre ha sido muy bueno.

El padre, que era pulquero, padeció varias veces de reumas que le daban de las rodillas para abajo, duraba como quince dias en la cama con mucha calentura y se le hinchaban mucho las rodillas; segun los datos suministrados por la enferma, murió hace cuatro años de resultas de una cirrosis hepática, producida por el mucho pulque que tomaba. La madre vive y es de buena salud.

Exámen físico. Está acostada del lado derecho. Pulso 24, pequeño, regular y dicroto: respiracion 6; temperatura en la mañana 37°, en la tarde 39° 2.

Coloracion. Sobre el color propio de la raza indígena, se ven en la cara un gran número de pequeños puntos de un color café oscuro, diseminados por toda su extension, y abundando, sobre todo, en la barba, donde por su pequeñez y gran número simulan perfectamente los restos de una barba recién rasurada. El cuello y miembros inferiores, asi como la parte anterior del tórax y de los miembros superiores, conservan el color propio de la raza sin manchas de ningun género; en la parte postero-superior del tórax y en la posterior del antebrazo, el color es oscuro con manchas negras, aunque en corto número; la cara dorsal de las manos es casi negra, con algunas pequeñas manchas mas oscuras, que existen tambien en la cara palmar. El vientre tiene un color muy oscuro en el punto en que se atan las enaguas; el resto tiene el color propio de la raza.

En la mucosa del labio inferior existe un gran número de pequeñas manchas, de un color café oscuro; entre estas hay una, colocada en la parte media del labio, que es de un color enteramente negro, y que tiene una extension como de 4 milímetros; en el labio superior existen las mismas manchas, aunque mas claras; el resto de la mucosa bucal tiene un color pálido sin manchas.

Ligera coloracion roja en los pómulos; conjuntivas oculares ligeramente inyectadas; pupilas normales é iguales de los dos lados; lengua ancha, húmeda, temblorosa, descamada en la punta y á la izquierda, en el resto de su extension está cubierta por una ligera capa blanca.

Nada á la inspeccion del cuello; ganglios carotidéos y submaxilares apenas apreciables; algunos sub-occipitales pequeños, duros, rodando bajo el dedo. Nada á la auscultacion de las carótidas.

En la parte anterior del tórax, lo único que llama la atencion son algunos estertores mucosos diseminados en los dos lados.

Region precordial. Nada á la inspeccion; no se vé latir la punta. = Palpacion: impulsión débil; se siente latir la punta en su lugar normal; frotamiento suave, extendido á toda la region. *Macicez:* línea vertical, 6 centímetros; trasversal, 3. = Auscultacion: ligero frotamiento extendido á toda la region, ocupando los dos tiempos y el pequeño silencio; mas fuerte en la base y á la derecha. Acostada. Nada á la inspeccion. = Palpacion: el frotamiento se siente mas intenso, llegando casi al segundo grado en la punta y á la derecha. = *Macicez:* línea vertical, 5 centímetros; trasversal, 3 centímetros. = Auscultacion: el frotamiento aumenta de un modo notable en la punta y á la derecha y disminuye en los demás puntos.

Nada de particular en la parte posterior del tórax.

Vientre. Muy blando; pasa el borde de la mano bajo el arco costal derecho. Macicez hepática: línea epigástrica, 3 centímetros; mamilar 7 y axilar 9. Macicez esplénica; vertical 3 centímetros, trasversal 4.

Miembro inferior derecho. La pierna derecha está muy aumentada de volumen, de un color rojo violáceo; muy dolorosa á la presión, que conserva además la impresión del dedo; esta hinchazón se extiende hasta el dorso del pié.

Prescripción. Empaque agoldonado á la pierna derecha; pocion anticatarral. Media racion.

Enero 23. Pulso 23, muy blando, muy depresible, uretral y dicoto; respiracion 6; temperatura por la mañana 37°.2, por la tarde 37°.4. Dice que sigue lo mismo. En la eminencia hipotenar de la mano izquierda existe una mancha negra, de un centímetro de extension y de forma irregular.

Exámen del corazon. Nada á la inspeccion. = Palpacion: impulsion débil; chasquidos cubiertos por un frotamiento muy marcado en la punta y á la derecha; en la parte media lo es menos, y apenas se le siente en la base. = Macicez: línea vertical 55 milímetros; trasversal 45. = Auscultacion: frotamiento suave en la punta ocupando los dos tiempos, siendo mas áspero á la derecha; en la base del órgano es mucho mas suave permitiendo oír los ruidos propios del corazon.

Sentada. Nada á la inspeccion. = Palpacion: se siente latir la punta, aunque débilmente, en su lugar normal; impulsion débil; el frotamiento se hace mas suave. = Macicez: línea vertical, 7 centímetros; trasversal, 55 milímetros. = Auscultacion: frotamiento extendido á toda la region ocupando los dos tiempos; en el sitio en que late la punta, se percibe durante el primer tiempo, un ruido que tiene una intensidad notable y perfectamente limitado: á medida que se dirige á la derecha ó á la izquierda pierde mucho de su intensidad; en ningun punto se perciben los ruidos normales.

Tratamiento el mismo, mas 2 píldoras de Dupuytren,

Enero 24. Pulso 18, con los mismos caracteres que ayer; respiracion 6; temperatura en la mañana 36°.8, en la tarde 37°.6.

Las punzadas de la pierna son menos fuertes; ya la han dejado dormir; pero todavía le duele mucho la pierna cada vez que la mueve. Ha tenido calosfrio muy ligero que le dá cada vez que se mueve en la cama; no ha estornudado ni tosido.

Auscultacion del corazon. Sentada: frotamiento ocupando los dos tiempos y extendido á toda la region; se acerca al ruido de escofina al nivel de la aorta y en el primer tiempo; en la pulmonar es durante el segundo cuando se parece al ruido de escofina; en la punta y á la derecha apenas se percibe durante el primer tiempo, mientras que en el segundo es muy rudo; á la izquierda es áspero durante los dos tiempos, aunque siempre mas en el segundo; en una palabra, cambia segun los puntos en que se ausculta: unas veces es el tiempo, otras la intensidad y otras el timbre lo que se modifica. = Acostada. Al nivel de la tercera costilla derecha y cerca del esternon, se percibe un soplo que ocupa el segundo tiempo; del lado izquierdo del esternon y en el primer tiempo, ruido de pergamino; mas á la izquierda y siempre en la base frotamiento muy suave ocupando los dos tiempos: en la punta, durante el primer tiempo se oye un ruido perfectamente afilado y extendido á toda la parte inferior del corazon; dirigiendose hácia arriba, este ruido se modifica hasta confundirse con el frotamiento que hemos señalado en la base; en el apéndice sifoide se oye el ruido afilado, siendo sin embargo mucho mas seco que á la izquierda.

Enero 25. Pulso 18, respiracion 4. Temperatura en la mañana 37°.8, en la tarde 38.4.

Enero 26. Pulso 21, pequeño y dicoto; respiracion 6. Temperatura en la mañana 38.2 en la tarde 37.8. Dice que está mejor; solo que anoche tuvo mucha calentura y calosfrio.

Auscultacion del corazon. Sentada: frotamiento ocupando toda la region, siendo muy rudo en la punta, á la izquierda y en el primer tiempo; á la derecha (apéndice sifoide) se oye la resonancia metálica; no se percibe ningun soplo en la base del órgano. Acostada. El frotamiento se hace mas suave y parece oírse un soplo al segundo tiempo de la base.

Enero 27. Pulso 20, respiracion 5. Temperatura en la mañana 37.4, en la tarde 38.4.

Enero 28. Pulso 21, respiracion 4. Temperatura en la mañana 37, en la tarde 37.4.

Enero 29. Pulso 21, respiracion 6. Temperatura en la mañana 36.9, en la tarde 37.2.

Dice la enferma que está mejor; el dolor de la pierna es menos fuerte; no ha vuelto el calosfrio.

Auscultacion del corazon. Sentada. En la punta y hácia la izquierda frotamiento ocupando el primer ruido y el pequeño silencio; dirigiendose á la base, el frotamiento se hace muy suave y muy débil; en la punta y á la derecha desaparece y se oyen los ruidos normales. Acostada: frotamiento muy ligero en la punta y á la izquierda; dirigiendose á la derecha aparece el segundo ruido que se acerca algo al ruido de cuero nuevo; ruidos muy lejanos en la base.

Febrero 1^o Pulso 25, pequeño, regular, duro, no dicoto; respiracion 5. Dice que está muy aliviada: la pierna solo le duele cuando la mueve; no ha tenido calosfrio ni calentura; tiene gana de comer. En la pierna derecha la hinchazon está limitada á una extension de 6 centímetros colocada en la parte media de la cara anterior é interna de la tibia, y en este punto la presion es muy dolorosa; al rededor de esa placa de inflamacion se siente el periostio engrosado,

Auscultacion del corazon. Frotamiento perfectamente característico aunque muy suave, extendido á toda la region y ocupando, sobre todo, el primer tiempo.

Prescripcion. Lo mismo que los dias anteriores y ademas; Agua 120 gramos, yoduro de potasio 1 gramo, jarabe de opio 30 gramos; cucharada cada hora. Racion.

Febrero 3. Pulso 25, respiracion 5; ayer tuvo muchas deposiciones sin retortijon.

Prescripcion. Lo mismo y Dover 2 gramos, en VI papeles: papel cada dos horas.

Febrero 13. Pulso 20 pequeño, regular y blando; respiracion 5.

Dice que está muy aliviada; hace seis dias que desaparecieron las deposiciones.

Auscultacion del corazon. En el epigástrico, prolongacion del primer ruido; dirigiendose hácia la izquierda, esta prolongacion se trasforma en un frotamiento que ocupa el primer ruido y el pequeño silencio; frotamiento seco ocupando los dos ruidos de la base, sobre todo el segundo,

Febrero 17. Pulso 20, respiracion 6. A la auscultacion del corazon, el frotamiento casi ha desaparecido, solo se le percibe un poco en el lado izquierdo del esternon.

Esta enferma permaneció en el Hospital hasta el dia 29 de Abril en que se le dió su alta, saliendo enteramente buena. Durante su larga permanencia en el Hospital, fué sometida como se ha dicho, al uso del yoduro de potasio y de las píldoras de Dupuytren; llegando á tomar 4 gramos de yoduro y 3 píldoras al dia. La coloracion de la piel no sufrió ninguna modificacion. Auscultando el corazon el dia 29 de Abril se notó un frotamiento pericardiaco muy suave, limitado al borde izquierdo del esternon; en todos los demas puntos, los ruidos, aunque débiles, eran normales.

OBSERVACION DECIMA.

Junio 29 de 1881. Hospital de San Andrés, servicio del Sr. Dr. Olvera número 21. Este enfermo, del cual se nos olvidó tomar las generales, entró al hospital con una tuberculosis pulmonar que fué diagnosticada por el Sr. Dr. Olvera, á quien tengo que agradecer haberme cedido el cadáver.

Autopsia 12 horas despues de la muerte.

Coloracion. En la cara, los pómulos y toda la parte inferior tienen un color negro; la parte superior, comprendiendo el dorso de la nariz y la frente, es de un color bronceado oscuro; en una palabra, la cara semeja bien los colores claros sobre fondo oscuro, que se ven en una estátua de bronce. En la parte anterior del tórax domina el color bronceado con un puntilleo muy fino de color enteramente negro; en la parte posterior color negro casi uniforme. Desde el epigástrico, formando una cintura que abarca toda la parte inferior del pecho, la piel tiene un color negro que es mas atezado en la parte posterior; lo mismo en la parte posterior de los miembros superiores. En la cara dorsal de las manos, se ven manchas enteramente negras de las qué algunas tienen 5 mi-

límetros de longitud; todas son de forma irregular. En cuanto á los miembros inferiores, se observa el mismo color en las piernas; pero en el hueco poplíteo y muslo es un color bronceado. No se examinó la mucosa bucal.

Ligero edema en los maleolos.

Pulmones y pleuras. Adherencias pleurales en todo el pulmon derecho, siendo muy resistentes en el ápice; lo mismo en el izquierdo, donde existe además una pequeña cantidad de líquido claro. La pleura derecha está muy espesa, blanca, simulando bastante bien la aponeurosis de insercion de un músculo. La pleura izquierda es todavía mas gruesa que la derecha, aunque ménos adherente.

La superficie del lóbulo superior del pulmon derecho presenta, en su cara anterior, un aspecto de granito, formado por un fondo negro sobre el cual se ven un gran número de granulaciones blancas y rosadas, que parecen ser tubérculos miliares; en los otros dos lóbulos son ménos numerosas las granulaciones. En el ápice existe una caverna cuya parte superior está formada por la pleura engrosada; mas abajo existe otra mayor, como del tamaño de un huevo de paloma; y por último, en lo restante del órgano existen otras muchas de dimensiones mas pequeñas. En ningún punto está crepitante el pulmon.

El lóbulo superior del pulmon izquierdo presenta el mismo aspecto que el derecho; existe un tubérculo que tiene casi el tamaño de una avellana, y que al corte está blanco y duro. La parte inferior del lóbulo inferior es la única que crepita y que conserva su apariencia normal.

Al rededor de los gruesos vasos que parten ó van al corazon, se nota un gran número de grandes ganglios, que son duros al corte, y que contienen una sustancia blanca con manchas oscuras y rojizas.

Corazon. Al abrir el pericardio sale una pequeña cantidad de líquido. La hoja parietal del pericardio está gruesa, opaca, de un color blanco mate. La visceral, por la cara anterior del corazon, tiene un aspecto nebuloso generalizado, que se acompaña de pinceladas blancas que siguen la direccion de los vasos á los cuales forma una especie de vaina. Los vasos están varicosos. Hacia la parte superior del ventrículo derecho existe una placa lechosa, alargada longitudinalmente, de 5 centímetros de largo por 2 de ancho; tiene un aspecto fibroso y se separa con facilidad del corazon. Lo restante de este ventrículo está nebuloso. Por la cara posterior se observa el mismo aspecto nebuloso, las mismas pinceladas, la misma vaina cubriendo los vasos y el mismo estado varicoso de estos; y todo ello mas marcado que en la cara anterior y aun mas en el ventrículo izquierdo que en el derecho.

Visto el corazon por la cara anterior presenta una forma oval algo irregular; en la parte superior apenas alteran esta forma las aurículas, que parecen conservar sus dimensiones normales; el ventrículo izquierdo es al derecho como 1 á 4; la punta del corazon está muy arredondada. Longitud del corazon, siguiendo el surco interventricular al partir del nacimiento de la aorta, por la cara anterior, 13 centímetros. Mayor anchura del corazon por la cara anterior siguiendo el surco aurículo ventricular, 13 centímetros; y de estos 10 corresponden al ventrículo derecho y solo 3 al ventrículo izquierdo.

El ventrículo derecho se deprime al colocar el órgano sobre la plancha; el ventrículo izquierdo por el contrario, presenta el *estado de ereccion muscular*. Examinando el corazon por la cara posterior presenta la misma forma general, pero la relacion entre el ventrículo izquierdo y el derecho no es la misma; parece mas grande el ventrículo izquierdo. El surco longitudinal tiene una direccion particular: al partir de la base del corazon es casi vertical; como á un tercio de su longitud, se le vé formar una convexidad hacia la derecha; luego se dirige rectamente hacia abajo; y, por último, vuelve á cambiar de direccion y se dirige á la izquierda; además, este surco tiene una profundidad notable. Esta forma del surco dá por resultado que, en la parte superior, el ventrículo izquierdo parece invadir el sitio del derecho; mientras que en la inferior, es el derecho el que invade el sitio del izquierdo.

Ventrículo izquierdo y válvula mitral. La válvula mitral está suficiente al agua. Abierta

la cavidad del ventrículo se le vé llena por un coágulo gelatiniforme, que se parece perfectamente por la consistencia y el color al zapote prieto. El endocardio ventricular está algo opaco y nebuloso; pero lo que domina en él es el color rojo que no desaparece absolutamente por el lavado, y que es sobre todo, marcado en el punto en que se tocan el endocardio auricular con el ventricular; es decir, en el borde adherente de las válvulas. La cavidad del ventrículo está aumentada, y el aspecto de red que presentan sus columnas carnosas es muy característico. Espesor de la pared ventricular en la parte superior, 20 milímetros; en la punta 4 milímetros.

La válvula antero-externa de la mitral está muy deformada, recogida, presenta engrosamientos en su borde libre que forman verdaderos tubérculos duros, que sobresalen de una manera marcada. Como 6 milímetros arriba del borde adherente de esta válvula, se presentan dos agujeros del endocardio, de los cuales el mayor podrá tener 5 milímetros, de forma oval, con los bordes arredondados y sin nada que pueda indicar que son el resultado de una *cortada post-mortem*; en el espacio que dejan libre los agujeros se vé perfectamente la fibra muscular.

La válvula postero-interna presenta bastante bien conservada su forma; sus bordes libres están rojos, duros, y en general la válvula presenta un aspecto de pergamino si se atiende á su consistencia. Circunferencia del orificio aurículo ventricular, 100 milímetros.

Aorta. Suficiente al agua. La superficie interna de la arteria presenta un color rojo al través del cual se trasparenta el color amarillo de la aorta. Cerca de la parte superior de los nidos de paloma, existe un estado particular de la pared en la cual se ven placas de atheroma pero, sobre todo, un despulimento de la arteria que le dá un aspecto rugoso. Las válvulas sigmoidéas están rojas, gruesas, rígidas, han perdido completamente su elasticidad. Circunferencia del orificio aórtico en la inserción superior de las sigmoidéas, 78 milímetros; en la inferior 88 milímetros.

Aurícula izquierda. La cavidad, que parece conservar sus dimensiones normales, está llena por un coágulo que tiene el mismo aspecto que hemos señalado en el ventrículo, solo que es mas pequeño y mas consistente. El endocardio auricular está muy espeso, blanco, opaco, cubierto de un barniz rosado, y presenta arrugas muy marcadas como si fuera mas ancho que la fibra muscular; en una palabra, su espesor y su transparencia se han modificado, aumentando aquel, y disminuyendo esta hasta casi desaparecer.

Ventrículo derecho y válvula tricúspide. La tricúspide insuficiente al agua. La cavidad del ventrículo derecho, notablemente dilatada, tiene un coágulo que presenta el mismo aspecto que el del ventrículo izquierdo. Las columnas carnosas no parecen mas gruesas que en el estado normal; pero las paredes tienen un aspecto reticulado muy característico. Espesor máximo de la pared cerca de la base, 8 milímetros; mínimo en la punta, 4 milímetros.

Las válvulas que componen la tricúspide están muy deformadas, muy recogidas, espesas de un modo irregular, con algunos tubérculos repartidos en todo el borde y presentando un color rojo que no desaparece por el agua. Circunferencia del orificio aurículo ventricular derecho, 120 milímetros.

Pulmonar. Suficiente al agua. La superficie interna tiene un color rosado muy marcado y un aspecto granuloso. Las válvulas están rojas, perfectamente transparentes y elásticas, sin la menor desgarradura. Circunferencia del orificio pulmonar, 80 milímetros.

La cavidad de la aurícula derecha, muy aumentada de volúmen, tiene un coágulo igual al del ventrículo. Sus paredes tienen un color rosado que, como las otras coloraciones que hemos descrito, resiste el lavado, y que parece cubrir una superficie de un color blanco.

Hígado. Longitud 35 centímetros, de los cuales 25 son del lóbulo derecho; anchura, 21 centímetros. La cápsula de Glisson está opaca con verdaderas placas blancas. Las costillas se señalan muy bien sobre la superficie del órgano, que presenta un color amarillo claro. Al corte se ven perfectamente marcados los caracteres del hígado graso.

Bazo. Pequeño. La cápsula está espesa, blanca y se separa con facilidad; por lo demás el bazo parece normal.

No se examinó el cerebro por falta de luz.

Se guardan las cápsulas suprarrenales.

OBSERVACION UNDECIMA.

Lúcio Juarez, de 40 años de edad, natural de Santa Anita, de oficio canoero y de raza indígena pura; entró al Hospital Juarez y ocupó la cama número 3 de la 2.^a sala del mismo nombre, el día 10 de Diciembre de 1880.

Dice estar enfermo desde hace un año, y atribuye su enfermedad al mucho aguardiente que tomaba. Estando un día bebiendo pulque le dió un aire, inmediatamente sintió una punzada en el ojo derecho; al día siguiente se le empezaron á hinchar los piés y le aparecieron deposiciones acompañadas de pujo, así como una tos muy fuerte que no lo dejó dormir. En los dias siguientes la hinchazon le fué subiendo hasta que, por último, se hinchó todo el cuerpo; como á los cuatro meses se le quitó la hinchazon, pero siguieron la tos y las deposiciones, y empezó á sentir mucha debilidad. Así estuvo hasta hace un mes, época en que le volvió la hinchazon que le obligó á venir al Hospital. Actualmente la hinchazon solo le queda en las piernas, segun dice; siguen las deposiciones, la tos y la debilidad. No ha llegado á tener calentura ni sentido palpitations, ni dolores en ningun punto.

Enfermedades anteriores. A los 18 años tuvo viruelas locas, á los 20 sarampion; despues solo ha tenido una purgacion que le duró 4 meses. No se encuentra ningun antecedente sifilítico ó escrofuloso. Siempre ha acostumbrado tomar mucho aguardiente; diariamente se tomaba un cuartillo de refino. Ha mucho que todas las mañanas despierta con mucha sed, y como bebe agua le dá basca y arroja unas veces flemas blancas y otras una cosa amarilla; le cuesta mucho trabajo vomitar, y despues del vómito queda muy incómodo. No duerme bien: unas veces porque no tiene sueño, y otras porque le dan pesadillas, en las cuales casi siempre le parece que anda volando por el aire; otras veces vé animales pardos muy chiquitos.

No sabe de que murieron sus padres; solo se acuerda que su padre padecia mucho del hígado á causa del mucho pulque que tomaba.

Exámen físico. Tose varias veces durante el exámen y arroja un esputo blanco espumoso.

Coloracion. La piel de la cara tiene un color cobrizo sobre cuyo fondo se ven un gran número de pequeñas manchas de forma irregular, de contornos perfectamente definidos, de un color muy oscuro y aun negras. Estas manchas son, sobre todo, abundantes en la frente. La parte anterior del tórax conserva el color propio de la raza indígena; pero la de la parte posterior y superior es de un bronceado muy oscuro. Esta misma coloracion oscura se observa en la parte superior del vientre y en el escroto. Todo el miembro superior tiene un color bronceado muy oscuro, sobre todo intenso en la cara posterior del antebrazo y cara dorsal de la mano. Los miembros inferiores tienen la misma coloracion que los superiores; solo que en el tercio medio de la pierna derecha existe una placa de forma alargada, de cinco centímetros de extension y que tiene un color enteramente negro; esta placa no sobresale del nivel de la piel y el color es mas intenso en el centro que en los bordes, donde se va desvaneciendo hasta confundirse con el resto de la coloracion del miembro. Tanto las conjuntivas oculares como las palpebrales tienen un tinte pálido y aun blanco mate. La mucosa del labio inferior tiene un color rosado pálido, y sobre él se ven algunas manchas de un color café oscuro muy semejante á las que produce el nitrato de plata sobre la piel: lo mismo en el labio superior. En la mucosa palatina y en la de los carrillos no hay ninguna mancha.

Pelo conservado y algo cano: terigiones amarillentos en el lado interno de los dos ojos: pupila derecha dilatada; izquierda normal; pero ambas sensibles á la luz: lengua ancha, húmeda, temblorosa, descamada en la punta y en los bordes, sobre todo en el izquierdo; en el resto de su extension cubierta de una capa blanca espesa.

En el cuello se ven los latidos de las carótidas. No hay reflujo ni pulso venoso. Auscultando

la carótida derecha se oye un soplo continuo con reforzamientos y suave, que no existe en la izquierda.

Tórax, parte anterior. Nada notable á la inspección. = Sonoridad exagerada, sobre todo del lado derecho; las vibraciones vocales apreciables por la palpacion parecen exageradas en el lado izquierdo. = Respiracion áspera en el lado derecho y débil en el izquierdo; no se percibe ningun ruido anormal.

Corazon. Nada á la inspección. = Palpacion: impulsión débil, primer chasquido rudo en la punta que se siente latir, aunque débilmente, en el 5^o espacio intercostal, y como á 2½ centímetros dentro del esternon. = Macicez: línea vertical 6 centímetros, correspondiendo su límite inferior con el sitio que en late la punta; línea trasversal 45 milímetros. = Auscultacion: frotamiento ocupando los dos tiempos y el pequeño silencio, y percibiéndose en toda la region; en ningun punto es posible oír los ruidos normales.

Acostado. Nada á la inspección. = Palpacion: en la region epigástrica se siente perfectamente el frotamiento, ocupando los dos tiempos; y allí, con la extremidad de los dedos, no se siente latir la punta, apesar de haberla sentido cuando se aplicó toda la mano; dirigiéndose á la izquierda, el frotamiento va disminuyendo rápidamente hasta desaparecer. = Macicez: línea vertical, 8 centímetros; trasversal 6 centímetros. = Auscultacion: frotamiento suave, aunque bien marcado, en la punta y á la izquierda; en el epigástrico, por el contrario, el frotamiento es muy rudo, acercándose al ruido de escofina; dirigiéndose hacia arriba va debilitándose rápidamente para desaparecer al nivel de la tercera costilla. Los ruidos de la base son muy débiles; parece haber una ligera prolongacion del segundo ruido aórtico; los ruidos de la pulmonar son todavía mas débiles que los de la aorta.

Tórax, parte posterior. Nada notable á la inspección. = Percusion: oscuridad del sonido en los dos tercios superiores del lado izquierdo; normal en el resto de este pulmon y en todo el lado derecho. = Respiracion débil de los dos lados. No hay estertores de ningun género.

Ventre. Globuloso: no pasa la mano bajo el arco costal derecho. Ventre resistente á la palpacion; no se siente fluctuacion. = Sonoridad casi timpánica en toda la pared. = Macicez hepática: línea epigástrica 5 centímetros; mamilar, 12; axilar 14 centímetros.

Temblor característico en los dedos. Ligero edema al nivel de las maleolos. No hay albumina en la orina.

Tratamiento. Diascordio y subnitrate de bismuto $\overline{c.c.}$ 2 gramos en VI bolos al dia. Poción anticatarral, cucharada cada hora. Leche y costilla.

Enero 16. Pulso 30, respiracion 5, despues de andar y de estar en el sol. Nos dice el enfermero que todo el dia se está sentado en el sol el enfermo; y este nos dice que es para calentarse porque tiene mucho frio. Temperatura en la mañana 37 grados; tarde 37.2

Enero 18. No se encuentra al enfermo en su cama, sino que está en la azotea calentándose al sol. Pulso regular, pequeño y blando, 24 pulsaciones en un cuarto de minuto; respiracion 6. El trazo esfinográfico casi es una línea recta; tan pequeño y débil es el pulso. Dice el enfermo que anoche no pudo dormir, porque veia muchas ratas volando por el aire: la tos le ha calmado, pero las deposiciones siguen lo mismo.

Enero 19. El enfermo está sentado en el sol, dice que es por tanto frio que lo hace temblar. Temblor general del cuerpo, pero sobre todo en los miembros superiores y lengua, muy característico. Durmió bien anoche, pero sigue molestando mucho la tos y el dolor de piernas; no puede andar bien porque se siente muy débil y se le doblan las piernas. Siguen las deposiciones.

Enero 21. Se queja de un dolor que tiene en la nuca y que le impide mover la cabeza. Pulso 28, respiracion 9.

Enero 22. Pulso 30, respiracion 12; temperatura por la mañana 38 grados; por la tarde 39. Dice el enfermo que anoche estuvo muy malo, porque tuvo mucha tos y un dolor en el costado derecho que no lo deja ni *resollar*; no tuvo calosfrio ni calentura, no sudó. Ahora dice que cada vez que se mueve en la cama siente como calosfrio. Se le encontró acostado en su cama: tos fre-

cuente y húmeda; esputo espumoso, blanco y abundante. Lengua húmeda, ancha, descamada en la punta y en los bordes. Sonoridad conservada en toda la parte anterior del pecho; respiracion exagerada de los dos lados. Parte posterior del tórax. Oscuridad á la percusion en el ápice del pulmon izquierdo y extendiéndose hasta la espina del omóplato; abajo de este punto sonoridad ligeramente exagerada. En el lado derecho, sonoridad normal. Inspiracion áspera en la parte superior del pulmon izquierdo, las vibraciones vocales ligeramente reforzadas en este punto. En el resto de este pulmon y en todo el pulmon derecho respiracion débil. No hay estertores de ningun género.

Hoy sopla un viento norte muy fuerte y frio; el enfermo está colocado enfrente de una ventana que da al norte y recibe directamente la corriente de aire. Poción anticatarral.

Enero 23. Pulso 25, respiracion 7; temperatura por la mañana, 38 grados; por la tarde, 38. Ha seguido en el mismo estado; las deposiciones y la tos no se le quitan. El mismo tratamiento.

Enero 26. Pulso 26, respiracion 6; temperatura por la mañana, 37.5; por la tarde, 38. Continúan la tos y las deposiciones; al obrar siente mucho ardor en el ano. La capa blanca que cubria la lengua es mas espesa, solo en su parte anterior está descamada. Oscuridad á la percusion en el ápice del pulmon izquierdo, que se extiende hasta un poco abajo de la espina del omóplato; en el resto de este pulmon, así como en todo el lado derecho, sonoridad normal, ó cuando mas ligeramente aumentada. Se perciben, por la auscultacion, un gran número de estertores sub-crépitanes gruesos en los dos lados; en el ápice del lado derecho se transmiten con bastante claridad los ruidos del corazon.

Enero del 27 al 31. Temperatura normal. Ha vuelto el enfermo á quejarse de mucho frio en el cuerpo, y á pasar el dia sentado en el sol. No ha sentido ningun alivio; continúan molestando la tos y las deposiciones; el dia 30 la lengua estaba casi enteramente cubierta de una capa blanca, espesa y fragmentada.

Febrero 1^o. Pulso 26, respiracion 5. Dice estar mejor; solo una deposicion hizo anoche; la tos casi se le ha quitado, pero siente mucha debilidad en las piernas.

Febrero 5. Hoy le han vuelto las deposiciones y la tos con mucha fuerza; anoche no pudo dormir por la tos. Pulso 25, respiracion 5.

Febrero 9. Pulso 23, pequeño, regular, débil y depresible; respiracion 6. Se queja de un dolor que, dice el enfermo, es muy *sonso*, y que localiza en las piernas. Por lo demás sigue en el mismo estado, sin sentir ningun alivio, segun dice.

Febrero 11. Pulso 30, respiracion 5. Todos estos días no se ha encontrado el enfermo en su cama, ha estado sentado en el sol, fuera de la sala. Sigue quejándose del dolor de piernas; y además de un dolor semejante que le apareció ayer en los brazos. Anoche le volvió el dolor de costado, aunque menos fuerte. Se le han quitado las deposiciones. El mismo tratamiento, y además, alcohol alcanforado y esencia de trementina $\bar{c}.$ 30 gramos, amoniaco medicinal 15 gramos. Friega ter á los dolores.

Febrero 12. Pulso 27, respiracion 5. Temperatura por la mañana, 37.8; por la tarde 38 grados. El dolor de costado se le quitó, pero apareció un dolor en el pecho que no lo deja respirar bien y que le aumenta con los movimientos y la tos. No ha tenido ninguna drposicion.

Febrero 15. Pulso 30, respiracion 10; temperatura por la mañana, 38 grados; por la tarde, 39. Dice el enfermo que anoche luego que tomó la leche le entró un fuerte calosfrio, luego le vinieron las deposiciones, que han sido en gran cantidad y muy abundantes; al quererse sentar en el vaso se le fué la cabeza y se cayó de pura debilidad, dice él. El enfermero nos dice que anoche estuvo delirando mucho; se levantó de la cama y se puso á pasear por la sala hablando solo y entre dientes, y que tosió mucho.

Febrero 28. En todo este tiempo las deposiciones han continuado; unos días en corto número y otros sumamente abundantes, hasta hacer 11 en 24 horas; el enfermo se ha quejado tambien de la tos y de mucha debilidad. Sigue saliendo al sol todos los días y allí se pasa horas enteras aun al mediodia.

Marzo 3. Pulso 28, pequeño, débil, regular y depresible; respiracion 6. El enfermo pide su alta, pues dice que no lo curan, que está peor de cuando entró, que casi no puede andar de debilidad y que mejor quiere irse á morir á su casa. = Exámen del corazon. Nada notable á la inspeccion. = Macidez: línea vertical 55 milímetros; trasversal 55 milímetros. = Auscultacion: frotamiento rudo en la base ocupando los dos tiempos y casi todo el pequeño silencio; mas marcado en la punta y á la derecha, en donde constituye casi un verdadero ruido de escofina.

Alta voluntaria sin ninguna mejoría

OBSERVACION DUODECIMA

Agustina Valencia, soltera, entró al número 15 de la sala Josefa Ortiz del "Hospital Juarez" el dia 28 de Abril de 1881.

Abril 29. Pulso 31, regular, pequeño, blando y depresible; respiracion 16, jadeante. Temperatura en la mañana 39 grados; en la tarde 40.

Dice la enferma que ayer empezó á estar mala; tuvo un dolor en el pecho, despues se contradice, y asegura que no tuvo ninguno. Es imposible obtener ningun dato de la enferma por las perturbaciones de su inteligencia; se hace pues abstraccion del conmemorativo y se pasa al exámen físico.

Está sentada en su cama. La cara indica el extravío de sus facultades intelectuales y además la dificultad de su respiracion. Lengua ancha, húmeda, descamada en la punta y en los bordes; toda ella tiene un color negruzco propio de la cianosis.

Tórax, parte posterior. Movimientos exagerados, sobre todo, el de elevacion. = Exageracion de las vibraciones vocales en el ápice derecho. = Percusion; puntos oscuros en el ápice izquierdo: en los dos tercios inferiores, sonido mate con conservacion de la elasticidad; línea superior de la macidez casi horizontal, sin embargo en estos puntos las vibraciones vocales están disminuidas de un modo notable. Puntos oscuros diseminados en todo el pulmon derecho, alternando con puntos en los cuales la sonoridad es exagerada. = Auscultacion: soplo brónquico en la macidez izquierda con egofonía; en el tercio superior del pulmon izquierdo, broncofonía perfectamente caracterizada. Un gran número de estertores mucosos y sibilantes en el pulmon derecho.

Tórax, parte anterior. Enflaquecimiento muy considerable, sobre todo, en el hueco subclavicular; exageracion de los movimientos respiratorios, sobre todo, el de elevacion. = Percusion. Sonoridad exagerada en toda la pared. = Respiracion pueril en el lado derecho, donde se transmiten perfectamente los ruidos del corazon; mas exagerada todavía en el lado izquierdo. Existe un gran número de estertores sub-crepitantes, algunos sibilantes y uno que otro crepitante fino deseminados en los dos lados.

Region precordial. Nada á la inspeccion. = A la palpacion impulsión exagerada; la punta parece latir en su lugar normal. = Macidez: línea vertical 55 milímetros; trasversal 45 milímetros. = Auscultacion: frotamiento rudo y seco ocupando los dos tiempos y el pequeño silencio, llegando casi al ruido de escofina en el lado derecho del esternon. En ningun punto se perciben los ruidos normales.

Vientre blando, y depresible; hay muchos borborismos al deprimir la pared; no parece aumentada la macidez hepática.

Al concluir el exámen la enferma delira, y su delirio es tranquilo. Dice la enfermera que ayer toda la noche deliró.

Tratamiento. Poción anticatarral. Agua vinosa á pasto. Leche con polvo de carne. Sina-pismos á toda la parte posterior del tórax.

Abril 30. Pulso 26, irregular, pequeño, duro; respiracion 15. Estado comatoso profundo; respiracion estertorosa; color ciánico en la cara y en las extremidades, que están frias. Friega exitante.

Murió á las 10 de la noche del dia 30 de Abril.

Mayo 2. Autopsia á las 10 de la mañana.

Regidez cadavérica completa en los miembros inferiores; en los superiores no existe. Adelgazamiento muy considerable de todo el cuerpo.

Coloracion. Llama la atencion el color oscuro, bronceado de toda la piel, siendo casi negro en la de los miembros superiores. Tanto en estos, como en los inferiores y en la cara se ven un gran número de manchas enteramente negras que se dibujan perfectamente sobre el color oscuro de la piel. En la palma de la mano izquierda, en la eminencia hipoténar, existe una mancha negra que parece una equímosis; pero cortándola se vé que no es, sino que está formada por una acumulacion de pigmento limitada á la piel. En la mucosa del labio inferior, que ha perdido el color ciánico señalado durante la vida, se ven manchas de un color café claro.

Al abrir la cavidad torácica no se encontró ningun líquido. Pleuras muy adheridas, costando mucho trabajo separarlas. La parietal del lado derecho está muy roja y muy vascularizada; la del lado izquierdo, espesa y cubierta de natas purulentas.

Pulmon derecho. Al corte sale una gran cantidad de líquido espumoso y rogizo. La superficie de seccion tiene un color rojo marmóreo en el cual se ven desde los matices mas pálidos del rojo hasta los mas oscuros. Este pulmon presenta una consistencia y una dureza considerables; existe una cavernita, como del tamaño de una nuez, colocada en el lóbulo inferior, encerrando enquistados unos granos blancos y duros que parecen constituidos par materia tuberculosa. En algunos puntos existe una gran cantidad de tejido conjuntivo. Es difícil ver los bronquios, que indudablemente han disminuido de tamaño, como todo el órgano; sin embargo, se logra abrir uno y se le encuentra muy rojo, con su mucosa muy espesa; este enrojecimiento no desaparece por el lavado, ni por las frotaciones.

Pulmon izquierdo. En el vértice no está crepitante, y se le encuentra muy duro; en el lóbulo inferior, hepatizacion gris que ocupa toda la extension del lóbulo.

Corazon. Pericardio muy adherido á las pleuras, tanto derecha como izquierda. Abierta la cavidad sale una pequeña cantidad de líquido citrino.

La hoja parietal del pericardio está muy espesa, casi no es traslúcida; tiene un color blanco rosado, dominando en unos puntos el color opilino y en otros el rosado intenso.

La hoja visceral, en la cara anterior del corazon, tiene un color blanquizco que forma nebulosidades transparentes en unos puntos y opacas en otros; y á lo largo de los vasos pinceladas blancas muy marcadas. Los vasos venosos están muy inyectados y forman arborizaciones azules muy bien dibujadas.

Los bordes, la punta y el surco medio interventricular, lo mismo que siguiendo la direccion de los vasos venosos mas gruesos, están ocupados por grasa que limita espacios reducidos; de los cuales el mayor es el que corresponde al ventrículo izquierdo, en los que se vé la sustancia muscular del corazon ligeramente cubierta por el barniz blanco; ó mejor dicho, por la lechada blanca que hemos mencionado. Por la cara posterior, la grasa circunscribe dos espacios ovales, en donde se vé á través de la lechada blanca semi-transparente, la fibra muscular de los ventrículos; los vasos, aunque menos marcados que en la cara anterior, tienen tambien sus pinceladas blancas.

El corazon tiene una forma oval; su longitud es de 90 milímetros; su mayor anchura, en la línea aurículo-ventricular, es de 130 milímetros; la aurícula izquierda mide 40 milímetros, la derecha 35. Ventrículo izquierdo en estado de ereccion muscular; el derecho se deprime al colocarlo sobre la plancha.

Ventrículo izquierdo y válvula mitral. Válvula aurículo-ventricular izquierda, suficiente al agua. La cavidad del ventrículo izquierdo, muy aumentada, está ocupada por un coágulo negro, muy blando; y solo en la pequeña extension que corresponde al tabique es fibrinoso. Espesor de las paredes ventriculares en la punta, 30 milímetros, de los cuales apenas dos son de grasa; en la base 20 milímetros, de los que 10 milímetros son de grasa.

La válvula antero-externa de la mitral está deformada, presentando adelgazamientos y engruesamientos que en su borde constituyen gruesas granulaciones duras; la otra válvula está muy es-

pesa, muy dura, parece pergamino. Circunferencia del orificio mitral, 91 milímetros.

Aorta. Suficiente al agua. La superficie interna de la arteria, lo mismo que las válvulas sigmoidéas, presentan una coloracion roja muy intensa, que desaparece en gran parte por el agua. Las válvulas han perdido mucho de su elasticidad sin estar engruesadas. Circunferencia aórtica, al nivel de la insercion inferior de las sigmoidéas, 60 milímetros; en la insercion superior, 59 milímetros.

Ventrículo derecho y válvula tricúspide. La válvula trigloquina está suficiente al agua. La cavidad del ventrículo está aumentada y ocupada por un coágulo que se prolonga á la aurícula, y que casi todo él tiene un color amarillo; desgarrando una parte del coágulo que corresponde al ventrículo, se nota una parte central muy blanda y de un color mas claro que el de la superficie, y una estratificacion bien característica. Espesor de las paredes ventriculares en el punto que es mas gruesa, á saber, en la union del tercio medio con el inferior, 4 milímetros; mínimo, en la parte superior del ventrículo, 1 milímetro. Los trabéculos formados por las columnas carnosas son muy marcados. El endocardio ventricular tiene un color blanco opaco; pero no parece espeso ni se separa con facilidad.

Las válvulas que forman la tricúspide están rojas, enrojecimiento que desaparece por el lavado; además, estas válvulas están delgadas en unos puntos y gruesas en otros.

Circunferencia del orificio auriculo-ventricular derecho, 102 milímetros.

La aurícula derecha tiene un color rojo que desaparece por el agua.

Pulmonar. Suficiente al agua. La superficie exterior de la pulmonar, lo mismo que la de la aorta, presenta una inyeccion muy fina, aunque no muy roja, y cuya red está formada de mallas muy estrechas.

La pared interna de la arteria es de un rojo muy vivo que desaparece casi enteramente por el agua. Las válvulas, con excepcion de un color rojo muy subido, están perfectamente normales; pocas veces hemos visto unas válvulas en tan buen estado. Circunferencia del orificio pulmonar, 70 milímetros.

Cerebro. Inyeccion venosa bastante considerable. Al corte del hemisferio derecho se descubre el estado cribado y el estado de arenillas, predominando el primero; la cavidad del ventrículo presenta el mismo aspecto; plexos coroidéos muy inyectados. Lo mismo en el hemisferio izquierdo, solo que la sustancia cerebral parece algo reblandecida; pero no debe olvidarse que hace 36 horas que murió esta mujer.

Protuberancia, pedúnculos cerebrales, cuerpos olivares, y 4^o ventrículo, notablemente reblandecidos. En las arterias de la base del cerebro hay sangre muy negra.

Bazo. Congestionado.

Hígado. Longitud 30 centímetros, anchura 22. Aspecto de *hígado muscado*.

No se examinaron los riñones

Las cápsulas suprarrenales se guardan.

OBSERVACION DECIMATERCIA.

Matías Solís de 40 años, de oficio tocintero, natural de México y de raza mestiza; entró al "Hospital Juárez", sala Vértiz número 33, el día 19 de Enero de 1881.

Enero 22. Cuenta el enfermo que desde hace dos meses le empezó la enfermedad por la cual vino al hospital. Lo primero que tuvo, fué una hinchazon en los piés que despues le ha ido subiendo hasta hincharsele todo el cuerpo. Desde el primer día que notó la hinchazon de las piernas, tuvo una tos muy fuerte que al principio solo le daba de noche y despues todo el día; pero siendo mas tenaz en la noche, cosa que no lo dejaba dormir; esta tos, dice el enfermo, era muy tenaz y acompañada de esputos blancos y espumosos en gran cantidad. El mismo día que em-

pezó á estar malo tuvo un dolor de estómago que se le extendió á todo el hipocondrio derecho; este dolor era muy intenso, y cada vez que se movia le aumentaba; no tuvo calentura, ni calosfrio, ni basca, ni deposiciones; pero sí perdió completamente la gana de comer. Asi estuvo como un mes sin tener ninguna mejoría, al cabo del cual empezó á sentir papitaciones en el corazon y una sofocacion que le impidió completamente el andar, pues luego que daba algunos pasos se queria ahogar; estando quieto se sentia tambien sofocado, aunque poco. Actualmente dice que ya se le quitó el dolor de estómago, pero que le sigue la hinchazon, la tos, la sofocacion y una gran debilidad en las piernas que le impide pararse; pues luego que lo intenta se le doblan y siente un dolor en la pantorrilla. La tos se le ha calmado un poco, aunque todavia le molesta mucho en las noches; la sofocacion solo cuando se acuesta ó cuando anda es cuando le dá; las palpitaciones una que otra vez le dan.

Enfermedades anteriores. De chico tuvo viruelas, que le dieron sin estar vacunado; no tuvo sarampion; no se encuentran antecedentes escrofulosos. De grande ya tuvo tifo que le duró dos meses contando la convalescencia. Hace siete meses le dieron los frios en la Villa de Guadalupe, le duraron mes y medio y le daban cada tercer dia. Nunca ha padecido reumas, ni erupciones en la piel; antes de ahora nunca á tenido palpitaciones, ni se sofocaba al correr ó al subir escaleras; nunca se habia hinchado; no se encuentra ningun antecedente sifilitico. Desde muy jóven se ha desayunado con una copa de refino, y siempre ha acostumbrado tomar mucho pulque. Ha padecido con mucha frecuencia de dolor de estómago y del hígado, que le dan, sobre todo, después de haber bebido mucho; le dan deposiciones con mucha frecuencia, lo mismo que bascas á las tres de la mañana, hora en que generalmente despierta arrojando flemas blancas y muchas veces aun la comida del dia anterior. Su sueño siempre ha sido bueno.

El padre acostumbraba tomar mucho pulque; antes de morir deliró mucho y se puso furioso; padeció varias veces de reumas, y el enfermo no sabe cual fué la enfermedad por la cual murió: No sabe de que murió la madre, ni de que enfermedades padecia.

Exámen físico. Hombre de una constitucion regular, sentado en su cama.

Pulso 30, pequeño, irregular, blando y dicrótico; respiracion 7.

Llama desde luego la atencion el hinchamiento bastante marcado de la cara, (edema) asi como su color. Pupilas normales é iguales en los dos lados; conjuntivas oculares de un color amarillento con dos tergiones de color gris colocados en el lado interno; conjuntivas palpebrales de un color pálido; párpados inferiores edematosos. Lengua ancha, húmeda, ligeramente temblorosa, completamente descamada en la punta y en los bordes; cubierta en el resto de su extension de una ligera capa blanca.

Coloracion. En la cara el color es bronceado; en algunos puntos, como en los pómulos, se acerca al color propio de la raza; en otros es casi enteramente negro. Ademas, existen diseminados por toda la cara pequeños puntos negros, que al nivel de la barba son muy abundantes y simulan muy bien los restos de una barba recién rasurada. (El enfermo es completamente lampiño). En el cuello y en la parte anterior del tórax, el color es bronceado claro, solo en el hueco axilar es casi negro. En la parte postero-superior del tórax, la piel tiene una coloracion sumamente oscura, casi negra, y este color contrasta con el amarillento de la parte inferior del tórax. Tanto en la parte posterior como en la anterior existen manchas pequeñas, irregulares, de un color casi negro. El vientre, parte posterior de los miembros superiores y piernas, tienen un color muy oscuro; la parte anterior de los miembros superiores, aunque de un color oscuro, lo es mucho menos que la parte posterior. En el dorso de las manos, existen muchas manchas de un color negro, una de las cuales tiene 5 milímetros de longitud. En la mucosa del labio inferior, que tiene un color pálido, se ven muchas manchitas pequeñas, redondas, de un color café oscuro y algunas negras; en el resto de la mucosa bucal, que tiene una palidez notable, no se vé ninguna mancha.

En el cuello se dibujan perfectamente las venas yugulares; no hay pulso, ni reflujo venoso. Al auscultar las carótidas no se oye nada de particular.

Parte anterior del tórax. Los movimientos respiratorios tanto de elevacion como de expan-

sion se verifican con energia. = Sonoridad exagerada á la percusion. = Respiracion exagerada en los dos lados, con un gran número de estertores mucosos.

Region precordial. Ligero abovedamiento limitado á la region; no se vé latir la punta del corazon. = Palpacion: no se siente estremecimiento vibratorio; impulsion débil; no se siente latir la punta; parece sentirse el primer grado del frotamiento en la punta y hácia la derecha. = Macicez precordial: línea vertical 75 milímetros, transversal 65 milímetros. = Auscultacion: frotamiento rudo ocupando los dos tiempos, siendo mas intenso durante el primero; mas fuerte en la punta que en la base, en donde parece sentirse el segundo ruido muy seco y reforzado. En ningun punto se perciben los ruidos normales.

Parte posterior del tórax. La parte inferior del lado derecho está abovedada, y en este punto apenas se perciben los movimientos respiratorios. = Sonoridad normal y aun algo aumentada en la parte superior del pulmon derecho; al partir del ángulo del omóplato, el sonido se va oscureciendo hasta ser completamente mate en la parte inferior del lado derecho. En el pulmon izquierdo, la sonoridad está exagerada, y solo en una pequeña porcion de la base del pulmon el sonido es muy oscuro. = Auscultacion: respiracion exagerada en la parte superior del lado derecho; en la inferior muy profunda, y casi no se oye en la base del pulmon. En el lado izquierdo, respiracion exagerada en casi toda su extension; en la base, profunda y débil. Existen un gran número de estertores mucosos gruesos en los dos lados.

Las vibraciones vocales están exageradas en la parte superior y casi no se perciben en la base de los dos lados, pero sobre todo del derecho. = No se hizo palpacion.

Vientre. Forma globulosa con ligera saliente de los flancos. = Percusion: sonido timpánico en la parte media y superior; oscuro y aun mate en las partes laterales. Acostando al enfermo del lado derecho, el sonido, que era mate en el lado izquierdo, se hace muy sonoro y en la parte media mate. No se vé la cabeza de Medusa. Macicez hepática (difícil de limitar): línea epigástrica 3 centímetros; mamilar 7, axilar 8 centímetros.

No hay edema en los miembros superiores; en los inferiores está limido á los dos tercios inferiores de las piernas. = Pequeña cantidad de albumina en la orina.

El trazo esfimográfico, sacado el dia de hoy, solo se hace notar por su pequeñez y su irregularidad.

Tratamiento. Digitalina de Homolle y Quevenne 4 miligramos en 4 píldoras repartidas en el dia. Leche y pan.

Enero 28. La hinchazon de la cara casi ha dsaparecido; el enfermo dice que ya se puede acostar bien sin que le venga la sofocacion; que la tos ha disminuido mucho.

Febrero 1^o. El tinte icterico de las conjuntivas es muy intenso; las manchas de los labios parecen un poco mas claras.

Febrero 5. La digitalina no produce sus efectos fisiológicos, apesar del mucho tiempo que lleva el enfermo de estarla tomando. Él dice estar mucho mejor; la hinchazon de las piernas ha disminuido mucho. Las manchas de los labios siguen en el mismo estado sin haber vuelto á tomar el color negro que tenian al principio. Se suspende la digitalina.

Febrero 7. Solo se queja el enfermo de la debilidad de las piernas y del dolor que le dá en la pantorrilla cuando quiere andar. El edema de la cara ya no existe; solo ha quedado un abotagamiento general de la cara, formado al parecer por el tejido sub-cutáneo.

Dice el enfermo que orina mucho.

Febrero 11. Mejor aspecto de la fisonomia. Llama la atencion el color mas claro que va tomando el enfermo.

Febrero 12. Se queja el enfermo de que le ha vuelto la tos. Digitalina 4 miligramos; 8 pastillas de pino maritimo. Leche y pan.

Febrero 13. Dice el enfermo que al ir de su cama al comun, (que está muy cerca), se quiere sofocar y se cansa mucho, se le doblan las piernas y que solo con trabajo puede llegar hasta allí. Sigue molestando mucho la tos.

Enfermedades anteriores. Dice que hace muchos años tuvo una fiebre que le duró dos meses, sin poder dar mas pormenores. Hace 3 años tuvo frios, los cuales le duraron un mes y le daban cada tercer dia. No ha padecido reumas, ni erupciones en la piel. No se encuentran antecedentes escrofulosos ni sifilíticos; ni aun alcohólicos; pues aunque tomaba pulque al mediodia, era en cantidad moderada, (cuartilla) y solo una que otra vez se embriagaba; además no se encuentra en sus antecedentes ninguna de las manifestaciones del alcoholismo.

No sabe de que murieron sus padres; solo recuerda que el papá se embriagaba con mucha frecuencia y que le pegaba mucho á la madre cuando estaba borracho.

Exámen físico. Está sentado en su cama recargado en la almohada. Pulso 18, pequeño, regular, blando; respiracion 5. Pelo abundante y enteramente cano. Robustez conservada.

Coloracion. Color còbrizo de toda la cara con manchas de un tinte mas oscuro. Mucosa del labio inferior con 5 manchas de un color enteramente negro; las mismas manchas en el labio superior y en la bóveda palatina. El cuello tiene el mismo color còbrizo que la cara, aunque mas intenso en la parte anterior. Color còbrizo general del tórax, pero mas oscuro por la parte posterior y en la axila. Existen un gran número de manchas de forma irregular, acercándose sin embargo á la circular; de un color negro en el centro y que va disminuyendo de intensidad hácia la periféria, hasta confundirse con el resto de la coloracion; estas manchas son, sobre todo, numerosas en la parte superior del tórax. En el vientre la coloracion es la misma, solo que las manchas negras son mucho mas grandes; una de ellas tiene 8 centímetros, 3 están colocadas en la fosa iliaca derecha y una en la izquierda. A más de estas grandes manchas existen un gran número de otras pequeñas diseminadas en todo el vientre. El antebrazo y las manos son de un color negro sobre cuyo fondo existen pequeñas manchas blancas: además, en el dorso de las manos, hay las mismas manchas negras que hemos señalado en otras partes del cuerpo. Uñas acanaladas con un gran número de líneas longitudinales de un color negro que forman contraste con la blancura del resto de la uña. De los miembros inferiores, solo en las piernas existe la coloracion oscura.

Conjuntivas oculares de un blanco mate sin que se dibuje ningun vaso; pupilas normales é iguales en los dos lados. Lengua ancha, húmeda, no temblorosa, ligeramente descamada en la punta y en los bordes.

En el cuello no se siente ningun ganglio. Auscultado las carótidas se percibe un soplo continuo muy intenso, suave, con reforzamientos; en una palabra, es un verdadero ruido del diablo; este soplo es mas intenso en la carótida derecha que en la izquierda.

Parte anterior del tórax. Forma globulosa del tórax: los huecos supra é infra-claviculares casi han desaparecido. Los movimientos de elevacion y de expansion parecen normales. = Sonoridad exagerada en los dos lados. = Respiracion débil, sobre todo, en los vértices; espiracion prolongada en todo el ápice derecho.

Region precordial. Acostado. Depresion al partir de la 3^a costilla que se prolonga hasta la 15^a y que se extiende hasta el borde izquierdo del esternon. No se ve latir la punta. = Palpacion: primer grado del frotamiento pericardiaco ocupando el primer ruido, el pequeño silencio y algo el segundo ruido, aunque menos marcado; impulsión débil; no se siente latir la punta. = Macicez: línea vertical 6 centímetros, transversal 45 milímetros. = Auscultacion: frotamiento rudo en la punta y á la derecha ocupando el primer ruido; el segundo ruido, apergaminado; dirigiéndose á la izquierda, el frotamiento se debilita sin aparecer los ruidos normales. Ruidos muy claros y muy débiles en la base.

Sentado. La depresion de la region es muy marcada. La impulsión aumenta, sobre todo, al nivel del esternon; al contrario, el frotamiento se hace mas débil y solo se siente en el borde izquierdo del esternon; la punta se siente latir detrás de la quinta costilla. Macicez: línea vertical

50 milímetros, el límite inferior coincide con el choque de la punta; línea trasversal 40 milímetros. = Auscultacion: frotamiento perfectamente perceptible en la punta y á la derecha; sin embargo, parece lejano y mas débil que acostado: á la izquierda parecen percibirse los ruidos normales, aunque muy lejanos; frotamiento marcado en la base del órgano, sobre todo á la izquierda.

Tórax, parte posterior. Sonoridad exagerada á la percusion. = Auscultacion: respiracion débil en los dos lados; espiracion prolongada en el vértice derecho; un gran número de estertores mucosos en los dos lados.

Vientre. Globuloso; pasa el borde de la mano bajo el arco costal derecho. = Sonoridad timpánica en todo el vientre. = Macicez hepática: línea epigástrica 3 centímetros; mamilar 6 y axilar 8.

Se explora el estado de la sensibilidad, y se encuentra lo siguiente: La sensibilidad al dolor está disminuida en las piernas y antebrazos, pero conservada en los muslos y brazos; la térmica, se necesita acercar mucho el calor para que el enfermo acuse la sensacion. La fuerza muscular está notablemente disminuida en los miembros superiores. La marcha nada presenta de particular. No hay atrofia muscular en ningun punto, ni aun en las eminencias ténar é hipoténar.

Tratamiento. Digitalina de Homolle y Quevenne 4 miligramos. Racion. Friega exitante.

Durante todo el tiempo que este enfermo permaneció en el Hospital, que fué del dia 3 de Febrero al 25 de Marzo de 1881; no hubo fenómeno nuevo que viniera á interrumpir el curso de la enfermedad; así es que, por evitarnos repeticiones inútiles, suprimimos la historia de los dias que permaneció en el Hospital. Haremos notar, sin embargo, que en este enfermo, como en el anterior, observamos una disminucion de la coloracion que atribuimos al uso de la digitalina; este cambio de la coloracion de la piel fué confirmado por el Sr. Segura.

Marzo 23. Pulso 23, fuerte, regular, dicreto; respiracion 4. El trazo esfimográfico no presenta cosa digna de ser mencionada. El enfermo pide su alta porque no encuentra ningun alivio.

Corazon. Depresion de la region precordial. = Se siente latir la punta en el quinto espacio intercostal y un poco dentro de la línea mamilar; impulsion aumentada, sobre todo, en el lado derecho. = Macicez: línea vertical 7 centímetros, trasversal 5. Auscultacion: frotamiento rudo en toda la region, mas marcado hácia la parte superior y á la derecha. Ruido del diablo en la carótida izquierda, suave; mas intenso en la derecha. Alta Marzo 25 de 1881.

OBSERVACION DECIMAQUINTA.

(Apunte.)

Gabino Flores de 48 años, casado, natural de Chalco, carretonero, de raza mezclada dominando la indígena y de una constitucion regular; entró al "Hospital Juarez" y ocupó la cama número 20 de la sala Vértiz, el dia 8 de Marzo de 1881.

Entró con una contusion en las paredes abdominales causada por las ruedas de un carro.

El padre murió del cólera en 1857. La madre, segun los datos suministrados por el enfermo, murió de una cirrosis hepática producida por el abuso del alcohol.

Hace tres meses que el enfermo padece dolores en el cerebro, (nuca) que le dan sobre todo en la noche; cuando tiene el dolor no puede doblar la cabeza porque le aumenta mucho y siente como si le estiraran: hace poco tiempo que estuvo malo de reumas en los brazos y en las pantorrillas; este dolor se le calmaba con solo frotarse con un trapo caliente; no se le hincharon los brazos, el dolor no estaba limitado á las articulaciones, sino que se le extendia á todo el miembro. No se ha sentido débil, ni ha tenido basca ni deposiciones. De cuando en cuando se le va la cabeza, le dan váhidos y un dia que le dió se cayó del carro en que venía. Ha padecido de tos que segun el enfermo, cada vez que le da le dura mucho tiempo; la última vez no se le quitó sino fué hasta que lo sangraron, y desde entonces no le ha vuelto. No ha padecido de ninguna otra enfermedad; no se encuentra ningun antecedente que nos autorice á admitir la existencia de la escro-

fulosis, ó de la sífilis. No ha padecido palpitaciones ni se sofoca al andar mucho ó subir escaleras, no se le han hinchado los piés.

El enfermo dice haber abusado de las bebidas alcohólicas desde muy jóven, y en sus antecedentes se encuentran las manifestaciones claras del alcoholismo.

Exámen físico. Está sentado en su cama. Pulso 24, regular, de mediana fuerza, dicoto; respiración 6.

Coloracion. Color cobrizo uniforme de la cara; lo mismo en la parte anterior del tórax; en la posterior es un color mas oscuro, acercándose en la parte superior al color negro. Existen en toda la caja torácica un gran número de manchas de un color oscuro, deprimidas y pareciendo ser cicatrices antiguas. En el dorso de la mano la coloracion es casi negra, uniforme, sin manchas de ninguna clase. En las uñas se ven un gran número de rayas longitudinales que ocupan toda la extensión de la uña, de un color café muy oscuro, semejándose á las que produce el nitrato de plata en la piel. Raspando con una navaja algunas de esas rayas, se vé que no son superficiales, y que para que desaparezcan sería necesario destruir mas de la mitad del espesor de la uña. Las piernas, de un color mas oscuro que el resto del cuerpo, tienen muchas manchas negras que alternan con cicatrices blancas; estas últimas parecen ser el resultado de antiguas erupciones. En la mucosa labial inferior, lo mismo que en la superior, existen manchas de un color oscuro, irregulares en su forma.

Conjuntivas oculares de un color blanco mate, con dos tergiones de color amarillento colocados del lado interno. Lengua ancha, húmeda, temblorosa, descamada en la punta y en los bordes. Se sienten algunos ganglios submaxilares. Nada de particular al auscultar las carótidas; sin embargo, el segundo ruido parece muy rudo.

Tórax, parte anterior. Nada anormal á la inspeccion, palpacion y percusion; á la auscultacion solo se nota debilidad del murmullo vesicular.

Region precordial. Sentado. Ligero abovedamiento limitado á la region; se vé latir la punta en su lugar normal, = Impulsión mediana; frotamiento, segundo grado, extendido en toda la region, pero mas intenso en la punta que se siente latir en el mismo lugar en que se veía. = Macicez: línea vertical 65 milímetros, transversal 70. = Auscultacion: frotamiento rudo ocupando los dos tiempos y aun el pequeño silencio; mas marcado en la punta y á la derecha cerca del esternon; disminuye á medida que se acerca á la base, y al nivel de la tercera articulacion condro-esternal derecha, es reemplazado por un soplo explosivo, perfectamente limitado y que ocupa el segundo tiempo. Al nivel de la pulmonar se perciben los ruidos normales, aunque de un modo confuso. = Acostado. No cambian los fenómenos de la inspeccion. = La palpacion hace percibir el mismo frotamiento, aunque siendo mas intenso y acercándose mucho al ruido de escofina en el borde izquierdo del esternon. = Macicez: línea vertical 50 milímetros, transversal 68. = Auscultacion: el frotamiento se percibe mucho mas intenso en la punta y á la derecha, en donde se acerca al ruido de escofina; ocupa los dos tiempos y toda la region. El soplo de la base persiste con sus mismos caracteres; no sufre ninguna modificacion.

Nada anormal en la parte posterior del tórax.

Vientre globuloso, blando. Macicez hepática: línea epigástrica 5 centímetros; mamilar 10 y axilar 11.

El trazo esfigmográfico presenta: una línea de ascension de 7 milímetros; vértice con tendencia al gancho de la insuficiencia; línea de descenso con un dicrotismo doble muy marcado.

OBSERVACION DECIMASEXTA.

Hilaria Lira, de 45 años de edad, natural de San Luis Potósí, de oficio molendera y de raza indígena pura; entró al "Hóspital Juárez" el día 24 de Febrero de 1881 y ocupó la cama número 7 de la 2^a sala de San Miguel.

Marzo 1^o Dice la enferma que, hace cinco dias tuvo un dolor muy fuerte en el lado izquierdo del vientre, que al dia siguiente se le extendió á todo el abdómen; este dolor era punzante, excesivamente intenso, al grado de que todo el dia estaba gritando; le aumentaba cada vez que se movía en la cama, lo mismo que cuando se apretaba, no aguantaba ni las sábanas. A la vez que le vino el dolor tuvo un calosfrio muy fuerte, con mucha calentura y un sudor muy frio. Tuvo tambien mucha basca, deponiendo el primer dia los alimentos que habia tomado; en los dias siguientes, solo deponia una cosa blanca y muy espesa. Al dia siguiente del en que empezó con el dolor le venieron unas deposiciones muy fétidas y acompañadas de mucho pujo. En todos estos dias que lleva de estar enferma, le ha seguido el calosfrio que le dá, sobre todo, luego que despierta; la basca le sigue lo mismo; el dolor le aumenta luego que toma algun alimento, que depone al poco rato.

No sabe á que atribuir su enfermedad; dice que ya desde hace dos meses le daba el mismo dolor y la basca; pero, que como era muy ligero, no le habia hecho caso.

Las únicas enfermedades que dice la enferma haber padecido, han sido: el sarampion que le dió de chica, y del estómago; hace mucho tiempo que casi todos los dias, á media noche, le dá basca y depone flemas blancas y amarillas; con mucha frecuencia le dan deposiciones sin saber ella por qué. Su periodo, que siempre habia sido regular, se le suspendió hace cuatro años, y desde entonces no le ha vuelto. No se encuentran antecedentes que nos hagan sospechar la existencia de alguna diátesis.

Nunca ha acostumbrado tomar aguardiente ni licores; solo el pulque lo ha tomado en la comida, desde hace 6 años.

Segun los datos que ministra la enferma, el padre murió de resulta de una enfermedad del corazon. La madre no sabe de que murió; solo nos dice que padecia ataques que, segun la descripcion que nos hace la enferma, fueron ataques epilépticos.

Exámen físico. Está sentada en su cama quejándose continuamente. Pulso 26, pequeño, regular, blando; respiracion 10. Adelgazamiento considerable; cabeza con algunas canas; cara expresando el dolor, *grippe*; conjuntivas oculares ligeramente inyectadas; ojos hundidos, rodeados de un círculo violado; pupilas normales é iguales de los dos lados; nariz afilada; pulverulencia en las ventanas de la nariz; lengua estrecha, con tendencia á secarse, ligeramente descamada en la punta y en los bordes.

Coloracion. La cara tiene un color terroso sobre el cual se ven pequeñas manchas negras en gran número, sobre todo en la frente. La piel de la parte posterior del tórax tiene un color muy oscuro que forma un verdadero contraste con el color amarillento de la parte anterior; ni en esta ni en la posterior existen manchas negras. El vientre tiene un color aún mas oscuro que el de la parte posterior del tórax, y existen dos clases de manchas: unas completamente negras, numerosas, pequeñas y de forma irregular; otras en corto número, blancas, redondas y de contornos muy netos. En los miembros superiores, así como en los inferiores, la coloracion es muy semejante á la del vientre, menos las manchas blancas que no existen: este tinte negro de la coloracion se marca, sobre todo, en la parte posterior del antebrazo y en el dorso de la mano. La mucosa del labio inferior tiene un color rosado sobre el cual se ven manchas semejantes á las que produce el nitrato de plata sobre la piel.

Nada de particular en el cuello, sino el adelgazamiento, que hace se dibujen perfectamente todos los músculos.

Parte anterior del tórax. Se dibujan perfectamente las costillas y los espacios intercostales. Sonoridad normal. = Auscultacion: debilidad del murmullo vesicular, sobre todo, en el lado derecho.

Region precordial. Nada á la inspeccion; no se vé latir la punta. = Por la palpacion se la siente latir en su lugar normal (glándulas mamarias atrofiadas); impulsión débil. = Macicez: línea vertical 6 centímetros; trasversal 8 centímetros. = Auscultacion: frotamiento suave, limitado al primer tiempo y á la punta del órgano, siendo mas perceptible en el lado izquierdo; en el derecho pare-

cen percibirse los ruidos normales, aunque más claros y más débiles que los del lado izquierdo. Al nivel de la tercera articulacion condro-esternal derecha, soplo rudo, muy corto, ocupando el segundo tiempo, dirigiéndose hácia la derecha y un poco á la izquierda; al nivel de la pulmonar se perciben los dos ruidos normales, aunque débiles.

Parte posterior del tórax. Nada notable á la inspeccion, fuera del adelgazamiento. = Sonoridad exagerada en las bases; ligeramente oscura en los vértices, sobre todo el derecho. = Respiracion débil; no hay espiracion prolongada; ligero reforzamiento de las vibraciones vocales en el vértice derecho, adonde se transmiten bien los ruidos del corazon.

Vientre. Retraido en batea, duro. = Sonido oscuro en toda su extension; la percusion es muy dolorosa, lo mismo que la mas ligera presion. No se siente ninguna desigualdad. = Macicez hepática: línea epigástrica 5 centímetros; mamilar 9, axilar 10 centímetros (de difícil limitacion.)

Nada de particular en los miembros, si no es el adelgazamiento que hace que se dibujen perfectamente todas las salientes huesosas.

Tratamiento. Calomel y extracto de belladona c.c. 10 centigramos, extracto de opio 5 centigramos, en 5 píldoras, 1 cada 3 horas. Leche.

Marzo 2 y 3. Pulso 29, respiracion 8. Se sigue quejando de la basca, de las deposiciones, de la debilidad y del dolor en el vientre. Lengua seca, ligeramente descamada en el borde derecho. No se puede hacer el menor tacto en la pared del vientre por lo muy sensible que está.

Marzo 4. Sigue, segun dice, en el mismo estado. Pulso 26, respiracion 6. Cara *grippe* característica. Lengua seca, tendiendo á cubrirse en los bordes, en la punta y en la parte media; dejando de cada lado un espacio rombo de un color rojo muy intenso. Vientre deprimido, duro, sonoro, muy doloroso á la percusion, á pesar de hacerse muy superficial.

Marzo 5. Sigue en el mismo estado. Fuliginosidades en los dientes. Continúa la basca, las deposiciones muy abundantes y fétidas, de un color amarillo claro. Pulso 24, respiracion 6.

Marzo 6. Pulso 24, respiracion 5. Sigue en el mismo estado; no puede retener ningun alimento, porque luego le viene la basca.

Marzo 7. Pulso 25, muy blando, muy pequeño, muy débil; respiracion 6. Dice la enferma que está un poquito mejor; pero le sigue la basca y las deposiciones; se queja de mucha sed. Voz apagada; descomposicion muy marcada de la fisonomía; lengua seca aunque mas ancha.

Marzo 8. Pulso 22, respiracion 4. La descomposicion de la fisonomía es un poco menos grande que ayer; el vientre un poco menos doloroso.

Marzo 9. Pulso 21, muy blando, aunque menos pequeño; respiracion 4. Lo *grippe* de la fisonomía desaparece, pero queda aun lo sardónico. La lengua se humedece. El vientre ya no es doloroso á la presion; pero la basca persiste así como las deposiciones.

Marzo 10. Pulso 18, respiracion 6. Dice la enferma que se siente muy aliviada. Está sorda de una manera muy marcada, como quedan los enfermos de tifo. No ha tenido deposiciones, pero la basca persiste.

Marzo 11. Murió á las 9 de la mañana.

Marzo 12. Autopsia á las 10 de la mañana.

Adelgazamiento sumamente considerable; rigidez cadavérica general; la coloracion observada durante la vida no ha sufrido ninguna modificacion.

Cavidad abdominal. Adherencias entre las dos hojas del peritonéo. En la cavidad peritoneal se encuentra como media libra de pus muy espeso, y muy fétido. Abceso en el flanco izquierdo limitado por el peritonéo engruesado. El epiplon se desgarrá con mucha facilidad; está adherido en las dos fosas iliacas y en el hipogástrico.

Los intestinos tienen un color verde olivo en unos puntos, y una inyeccion venosa muy marcada en otros. Las asas del intestino delgado están adheridas entre sí; estas adherencias son fáciles de separar y al separarlas se ven interpuestas natas purulentas; los intestinos están tambien adheridos al promontorio por bridas resistentes que tienen un aspecto fibroso, y que cuesta mucho trabajo separar. En la fosa iliaca izquierda hay una adherencia muy sólida. Encima del estre-

cho superior de la pelvis, los intestinos están de tal modo adheridos entre sí que ocultan completamente la cavidad pelviana; no se ven ni la vejiga, ni el útero y sus anexos. Levantando, aunque con trabajo, la masa intestinal, se vé que, tanto el fondo de saco véstico-uterino, como el reto-uterino, están ocupados por una gran cantidad de pus fétido, semejante al que hemos descrito en la cavidad del peritonéo. Extrayendo el útero con sus anexos se vé que aquel, las trompas, los ovarios y los ligamentos anchos, forman una sola masa resistente y muy gruesa de un color amarillento. Cortando los ligamentos anchos hay un gran número de foquitos purulentos que todos comunican con el gran foco colocado en el saco reto-uterino. Las arterias de estos ligamentos se ven perfectamente en la superficie de seccion, con un calibre como el de la radial; en el ligamento derecho se encuentran 4 bocas arteriales. En los ovarios, se encuentran pequeños quistes llenos de un líquido trasparente. El hocico de tenca está sólidamente cerrado y la cavidad cervical del útero está llena de una mucosidad que tiene todo el aspecto de la cola huera; en la cavidad del cuerpo hay una pequeña equimosis colocada en la cara posterior y hácia la derecha.

La serosa del intestino delgado se despega con mucha facilidad; se la encuentra gruesa y muy fácil de desgarrar. Visto el intestino por el exterior presenta muchos puntos estrechados seguidos de otros en los cuales está dilatado. Abriendo el intestino no se encuentra ninguna perforacion; la mucosa está sumamente espesa y congestionada; existen algunas equimosis.

No se vió el estómago.

Bazo. Longitud 75 milímetros; anchura 40 milímetros. Forma triangular, color verde apizarado. Al apretarlo entre los dedos se convierte en una papilla rojiza.

Hígado. Su tamaño parece normal. La cápsula de Glisson presenta arborizaciones de un color blanco mate; se separa con facilidad y se vé que está gruesa y opaca. El hígado presenta á la vista dos colores: uno amarillo claro, y otro verde muy oscuro. Se desgarran con mucha facilidad.

Riñon izquierdo. Longitud 12 centímetros; anchura 65 milímetros. Color amarillento con arborizaciones rojizas, que son mas marcadas en su borde externo y parte inferior. Cerca de la extremidad superior de la cara anterior, hay una cicatriz pequeña y hundida; y en la extremidad inferior una mancha rojiza oscura que parece ser una equimosis. Al corte lo único que llama la atencion es el color amarillo claro del órgano.

Riñon derecho. Longitud 12 centímetros, anchura 75 milímetros. El mismo aspecto que el izquierdo.

Pulmon derecho. Congestion hipostática bastante marcada. En el vértice y el lóbulo superior se encuentran algunos tubérculos duros y de un color blanco. En el lóbulo medio y en el inferior, solo se nota la congestion hipostática.

Pulmon izquierdo. Congestion hipostática.

Corazon. Al abrir el pericardio sale una pequeña cantidad de líquido citrino.

La hoja parietal del pericardio tiene un color rojo muy intenso que no desaparece por el lavado. La visceral, se presenta con un color blanco opaco, que es, sobre todo, notable en los vasos, á los cuales forma una especie de vaina; en el ventrículo izquierdo, cerca del surco interventricular, se vé una equimosis que tiene como 2 centímetros de extension; por último, toda la cara anterior del corazon tiene una gran cantidad de grasa que se ha acumulado, sobre todo, en el borde del ventrículo derecho. La cara posterior, con excepcion de la equimosis, que no existe, tiene el mismo aspecto que la anterior, siendo sin embargo mas considerable la grasa, pues ocupa mas de los dos tercios de esta cara.

El corazon tiene una forma que se acerca mucho á la oval. El ventrículo derecho se deprime al colocar el órgano sobre la mesa; mientras que el izquierdo se presenta en lo que el Sr. Galan ha llamado *estado de ereccion muscular*. Tamaño del corazon, siguiendo el surco interventricular, 13 centímetros; anchura del órgano, siguiendo el surco auriculo-ventricular, 16 centímetros.

Ventrículo izquierdo y válvula mitral. La válvula auriculo-ventricular izquierda está suficiente al agua. La cavidad del ventrículo está ocupada por un coágulo que se prolonga hasta la aurícula, fibrinoso en su mayor parte. El endocardio no parece aumentado de espesor. Espe-

sor de las paredes ventriculares en su parte superior; 1 centímetro siendo 5 milímetros de grasa; en la punta 2 centímetros de los cuales uno es de grasa. La capacidad de la cavidad parece disminuida.

Las válvulas que forman la mitral están muy rojas; este enrojecimiento, que se extiende hasta la pared ventricular, no desaparece por el lavado; además, las válvulas se ven deformadas, gruesas en unos puntos y muy delgadas en otros: la antero-externa está recogida en su parte media, lo cual hace que parezcan dos; y esto dá al conjunto de la mitral un aspecto muy semejante al de la tricúspide. Circunferencia del orificio mitral, 93 milímetros.

Aorta. Insuficiente al agua. El orificio está ocupado por un coágulo duro, que tiene un color amarillo rojizo y que se prolonga al ventrículo. La superficie interna de la arteria tiene un color rojo intenso que no desaparece por el lavado. Las válvulas sigmoidéas están muy espesas, muy rígidas, han perdido completamente su elasticidad, y presentan en su borde libre, desgarraduras de las cuales la mayor está colocada en la válvula media y tiene más de medio centímetro de longitud. La válvula interna está muy recogida. En toda la pared arterial se ven pequeñas placas de atheroma de un color amarillo. Circunferencia del orificio aórtico en la inserción superior de las válvulas 78 milímetros; al nivel de la inserción inferior 76 milímetros.

La cavidad de la aurícula izquierda está muy dilatada; el endocardio auricular está espeso y se separa con facilidad.

Ventrículo derecho y válvula tricúspide. La válvula aurículo-ventricular derecha, está insuficiente al agua. La cavidad del ventrículo está muy agrandada y ocupada por un coágulo casi enteramente negro y blando. La fibra muscular que forma la pared del ventrículo, está muy adelgazada; las paredes tienen su espesor máximo en la punta, donde miden 1 centímetro, pero 6 milímetros son de grasa; en la parte media, que es la mas delgada, miden 5 milímetros de los cuales 3 son constituidos por grasa. El endocardio ventricular tiene un color rojo que no desaparece por el lavado; por lo demás es delgado y trasparente.

Las válvulas de la tricúspide están deformadas, recogidas, delgadas en unos puntos y gruesas en otros y con sus tubérculos terminales muy salientes. Circunferencia del orificio aurículo-ventricular derecho, 120 milímetros.

Pulmonar. Suficiente al agua. Las sigmoideas están rojas sin que el enrojecimiento disminuya por el agua; pero son perfectamente elásticas y no tienen la menor desgarradura. Tanto la superficie exterior como la interior de la arteria, tienen un color rojo muy subido y fijo. Circunferencia del orificio pulmonar, 80 milímetros.

Aurícula derecha. Muy dilatada; sus paredes tienen el mismo color rojo que hemos señalado en otros puntos y están muy delgadas.

Se guardan las cápsulas suprarrenales.

No se examinó la cavidad craneana.

OBSERVACION DECIMASETIMA.

(Apunte.)

"Hospital Juarez." Sala Vértiz número 23. Vicente Franco, de 38 años, jornalero; entró el día 11 de Junio de 1881.

Junio 15. Este enfermo entró al Hospital á curarse de varias contusiones al primer grado situadas en la region lumbar.

Antecedentes. Desde muy niño, dice el enfermo, ha padecido del corazón; pues le dan dolores fuertes, tiene muchas palpitaciones y nunca ha podido correr porque luego le dá el ansia; tres ó cuatro veces se ha visto muy malo; se le ha hinchado todo el cuerpo, y ha arrojado sangre por la boca á causa de la mucha tos que le dá. Nunca ha tenido reumas ni tifo; hace unos seis años le salieron

unos granos en los brazos y en las piernas, que le daban mucha comezon; se le rebentaban y le salía mucho pus; no se le formaban costras despues, sino unas yaguitas que al poco tiempo cicatrizaban. Con frecuencia le salen ronchas en los brazos, las cuales primero son muy rojas y despues se le ponen negras; le duran dos dias cuando más, y le dan mucha comezon. Preguntado sobre si siempre ha sido del color que tiene ahora, dice que no se ha fijado. Ha tenido dolores en el cerebro (nuca) que le impiden voltear la cabeza, porque le duele mucho; tambien le han dado dolores en los riñones que se le quitan pronto, y que el enfermo atribuye á que tiene que estar mucho tiempo inclinado. Siempre ha acostumbrado tomar mucho pulque y aguardiente; padece de bascas que le dan casi todos los dias; como á las tres de la mañana, arroja flemas blancas con mucho trabajo. Hace dos meses, despues de haberse embriagado, tuvo deposiciones que le duraron quince dias. Su sueño siempre ha sido bueno. Ahora, dice que está bueno, que nada le molesta y que solo vino al hospital por los golpes que recibió.

El padre, dice el enfermo que murió del hígado á consecuencia del mucho vino que tomaba; no sabe si padecia antes de alguna enfermedad, así como tampoco sabe de que murió la madre.

Exámen físico. Pulso 16, fuerte, amplio, dicoto, regular; respiracion 5. Robustez conservada; pelo abundante y muy negro.

Coloracion. La cara tiene un color cobrizo claro muy característico, que se marca, sobre todo, en la parte media; al partir del labio superior para abajo el color es mucho mas oscuro, tira á negro; el mismo color cobrizo existe en el cuello y parte anterior del tórax: la parte posterior del cuello, así como los pezones y los huecos axilares son de un color negro. El tórax, en su parte posterior, tiene un color cobrizo oscuro en la parte media, y tirando á negro en los laterales. Al nivel del omóplato izquierdo existe un gran número de manchas de un centímetro de diámetro cada una de ellas, lisas y redondas; de un color enteramente blanco en casi toda su extension, solo en sus bordes tienen un ligero tinte oscuro; la piel al nivel de estas manchas no presenta ninguna alteracion: no parecen ser el resultado de antiguas cicatrices, sino que se asemejan mas á las manchas de viteligo. En la parte media del tórax existen tambien algunas de estas manchas, lo mismo que en el lado derecho. Al nivel del ombligo la coloracion es casi negra; en el resto de la pared abdominal el color es amarillento, asemejándose algo al de las razas asiáticas. En la parte media del vientre se ven algunas manchas cuyo centro, muy pequeño, tiene un color blanco mate; la periferia tiene, por el contrario, un color enteramente negro: esta parte periférica mide en algunas dos centímetros. En el miembro superior derecho se ven los restos de una erupcion ó sean cicatrices que se han localizado, sobre todo, en la parte posterior del antebrazo cerca del codo; no están deprimidas; el centro tiene un color blanco, mientras que el resto de la cicatriz tiene un color casi negro. (El enfermo dice que esas manchas fueron producidas por los granos que le salieron hace seis años). La parte anterior del miembro superior derecho tiene un color blanco rosado, que forma un verdadero contraste con el color oscuro de la parte posterior. El miembro superior izquierdo, tiene la misma coloracion y las mismas manchas ó cicatrices que el derecho; además, en este lado existen otras manchas de medio centímetro de extension y de un color enteramente negro, así como pequeñas pápulas cubiertas de una costra negra. Los muslos conservan su color normal; mientras que las piernas tienen un color casi negro. La mucosa del labio inferior tiene tres coloraciones distintas: una cobriza correspondiente á la parte libre de la mucosa; una línea negra muy marcada, cuyo color se vá desvaneciendo poco á poco hasta llegar á la superficie roja de la mucosa; y sobre esta superficie roja se ven, sin embargo, nebulosidades negras y transparentes. En la mucosa del labio superior, aunque presenta las mismas coloraciones que la del inferior, es mas marcada la disposicion en forma de manchas negras. En el resto de la mucosa bucal no hay ninguna coloracion anormal.

Conjuntivas oculares, de un color blanco azulado; las palpebrales tienen un color rojo muy subido. En el ojo derecho existen terigiones muy marcados, sobre todo en el lado interno, y que tienen un color amarillo.

En el cuello se ven pulsaciones que levantan el esterno-cleido-mastoidéo marcándose mas en

el hacedillo esternal. Estremecimiento anémico del lado derecho, que no existe en el izquierdo. Auscultando las carótidas se oye una prolongacion del primer ruido y un soplo rudo y corto que ocupa el segundo ruido arterial.

Parte anterior del tórax. El tórax tiene una forma globulosa muy marcada; parece que ha sufrido una dilatacion en su parte media, la cual se marca más del lado izquierdo que del derecho. Se dibujan bien todas las superficies huesosas. Los movimientos, tanto de elevacion como de expansion parecen normales. Sonoridad exagerada en toda la pared, sobre todo del lado derecho. Respiracion débil: en el vértice del lado derecho se percibe bien la espiracion prolongada; algunos estertores mucosos de los dos lados.

Region precordial. Acostado. Nada notable á la inspeccion; apénas se vé latir la punta inmediatamente abajo de la 4.^a costilla y un poco dentro del pezon. = Palpacion: impulsión débil; no se sienten los chasquidos valvulares por estar cubiertos por un frotamiento que ocupa los dos tiempos, y mas rudo en el lado derecho; se siente latir la punta en el lugar en que se la vé; al chocar la punta no parece desprenderse de la pared. = Macicez (dudosa y vaga, dada la sonoridad exagerada del tórax): línea vertical 45 milímetros; trasversal 65. = Auscultacion: frotamiento ocupando los dos tiempos é invadiendo aún el pequeño silencio; extendido á toda la region. En la base, al nivel de la articulacion de la tercera costilla izquierda con el esternon, se oye un soplo rudo que ocupa el segundo tiempo de la base y que se dirige hácia la clavícula derecha. No es posible percibir en ningun punto los ruidos normales por que, además de estar cubiertos por el frotamiento, presentan una falta de intensidad muy marcada.

Sentado. No cambian los fenómenos de la inspeccion. = Palpacion: lo mismo que acostado, solamente se siente el primer chasquido rudo en la base. = Macicez: línea vertical, 60 milímetros; trasversal, 75 milímetros. = Auscultacion: soplo rudo al segundo tiempo de la base, perfectamente característico teniendo su máximun de intensidad al nivel de la tercera articulacion condro-esternal izquierda; disminuyendo de intensidad á medida que uno se dirige hácia la izquierda y aumentando en la direccion de la clavícula derecha; dirigiéndose hácia abajo el soplo es reemplazado por un frotamiento que ocupa los dos tiempos y el pequeño silencio; este frotamiento presenta una rudeza muy marcada en el borde izquierdo del esternon y en el epigástrico. En ningun punto se pueden percibir los ruidos normales.

Parte posterior del tórax. A la inspeccion lo único anormal que se nota es la forma globulosa del tórax, que aquí es mas considerable en el lado derecho. = Sonoridad exagerada, sobre todo, en el ápice, con disminucion de la elasticidad en el lado izquierdo; lo mismo del lado derecho. Diminucion del murmullo vesicular en los dos lados; en el derecho se perciben, aunque confusos, los ruidos del corazon; en el izquierdo se perciben con tal claridad, que parece que se ausculta la region precordial. En el vértice derecho se percibe la espiracion prolongada.

Vientre. No se ven latidos epigástricos: los movimientos de la respiracion se perciben muy bien. El vientre es suave á la palpacion arriba del ombligo está doloroso. Pasa perfectamente el borde de la mano bajo el arco costal derecho. = Macicez hepática: línea epigástrica, 3 centímetros; mamilar 8; axilar 10 centímetros. = Macicez esplénica, 3 centímetros cuadrados.

No hay edema en los miembros inferiores.

OBSERVACION DECIMOACTAVA.

(Apunte)

“Hospital Juarez” 2.^a sala de San Miguel número 3; Maria Ortiz, de 60 años, viuda, natural de México, constitucion débil, de raza mezclada.

Marzo de 1881. Mal de Addison, sin mas síntomas que una debilidad muy grande, una anemia profunda y una coloracion de forma mancha repartida en todo el cuerpo. Esta enferma

entró al hospital á curarse de un reumatismo muscular generalizado. No se hizo historia: única-mente el día de su salida del hospital se le examinó el corazón, encontrándose lo siguiente. Li-gera depresion limitada á la region, glándulas mamarias atrofiadas; no se vé latir la punta del corazón; se la siente latir en su lugar normal; no se sienten los chasquidos valvulares, en su lu-gar se siente un frotamiento rudo extendido en toda la region. = Macicez: (dudosa por lo muy so-noro del tórax), línea vertical, 6 centímetros; trasversal, 4 centímetros. = Auscultacion sentada: frotamiento extendido á toda la region del corazón, siendo más intenso en la base en donde ocu-pa los dos tiempos y el pequeño silencio; en la punta es mucho más suave á la derecha, pero á la izquierda es mucho más rudo. No se perciben los ruidos normales en ningún punto. Auscultacion acostada: el frotamiento se hace mas suave, sobre todo, durante el segundo tiempo.

En los pulmones se encontraron los signos del enfisema pulmonar.

Esta enferma fué sometida durante su larga permanencia en el Hospital, al uso del vino de qui-na, de la digitalina y á una buena alimentacion; consiguiendo con esto, que á su salida la anemia fuese mucho ménos intensa; pues desapareció el soplo anémico de las carótidas que existia al entrar la enferma; tambien se creyó notar que las manchas de los labios eran ménos intensas á su sa-lida.

OBSERVACION DECIMANONA.

Juana Mosqueda, de Salamanca, viuda, de 26 años de edad; ocupó la cama número 14 de la sa-la Josefa Ortiz del Hospital Juarez, el día 10 de Febrero de 1881.

Hace quince días le empezó su enfermedad: despues de haberse bañado en un temascal sintió en la tarde mucho calosfrio seguido de calentura y de mucho dolor de cabeza; tuvo basca y depo-siciones, que se le quitaron al día siguiente; en la noche empezó á estornudar mucho y á sentir muchos ardores en todo el cuerpo y calambres en las piernas. Así siguió hasta que se vino al Hospital. Ahora lo que le molesta mucho es la punzada en la cabeza y el calosfrio que le dá cada vez que se mueve, así como la tos que le empezó antier.

Las únicas enfermedades que ha padecido han sido ataques que, segun la describeion que de ellos dá, han sido de histeria.

El padre murió de una *postema* en el estómago; durante mucho tiempo estuvo padeciendo do-lores muy fuertes en todo el vientre, así como de una basca que no le permitia tomar alimentos pues los arrojaba como á las dos horas de haber comido; algunas veces arrojaba tambien mucha sangre, que tenia un color rojo muy claro. No sabe de la madre ni de sus hermanos.

Exámen físico. Coloracion. Color cobrizo muy marcado de la cara, con algunas pequeñas manchas negras; color cobrizo cuello y parte anterior del tórax; casi negro en la parte postero-su-perior; color amarillento de las paredes abdominales con manchas oscuras arriba del ombligo. El brazo tiene un color cobrizo claro por la parte posterior y amarillento por la anterior; el antebra-zo y dorso de la mano, de un color muy oscuro con pequeñas manchas casi negras: en las piernas, el color es normal, sólo existe una que otra manchita negra. En las uñas hay muchas rayas de un color café oscuro, que siguen la direccion de la uña. En la mucosa del labio, tanto inferior como superior, muchas pequeñas manchas de un color café oscuro. Lengua descamada en la pun-ta y en los bordes que están rojos; en el resto de su extension cubierta de una espesa capa amarillo-verdosa. Nada notable en la parte anterior del tórax, sino es que la percusion es dolorosa en el lado izquierdo.

Region precordial. Nada á la inspeccion. = Palpacion: impulsion débil; estremecimiento ca-tario ocupando los dos tiempos y el pequeño silencio, marcándose sobre todo en la punta, que se siente latir detras de la cuarta costilla, un poco dentro del pezon. = Macicez: línea vertical 5 cen-tímetros; trasversal 45 milímetros. = Auscultacion: frotamiento pericardiaco, segundo grado *

intensidad, pero suave, percibiéndose en toda la region, aunque más intenso en el lado izquierdo. En ningun punto se pueden percibir los ruidos normales.

Parte posterior del tórax. Percusion: sonido oscuro en el ápice derecho con conservacion de la elasticidad; puntos oscuros diseminados en todo el pulmon izquierdo. = Auscultacion: respiracion áspera en los dos lados:

No se examinó el vientre. Tratamiento. Poción anticatarral del Dr. Galan.

Febrero 13. Dice la enferma que está mejor; solo que no se le quita el dolor de cabeza, y la calentura que le dió muy fuerte ayer á las tres de la tarde y le siguió toda la noche.

Corazon. Nada á la inspeccion. = Palpacion: impulsión aumentada; estremecimiento catario extendido á toda la region; siendo más intenso en la punta que se siente latir en su lugar normal. = Macicez: línea vertical 6 centímetros; trasversal 4 centímetros. = Auscultacion: frotamiento rudo ocupando los dos tiempos y el pequeño silencio, marcándose sobre todo, cerca del borde izquierdo del esternon; en la base es mucho más suave. En ningun punto se perciben los ruidos normales. = Continúa la descamacion de la lengua en el lado derecho.

Febrero 14. Dice la enferma que está lo mismo que ayer. La descamacion de la lengua invade la parte central; el borde se pone muy rojo.

Febrero 15. Dice la enferma que está mejor. Lengua descamada en la punta y en los bordes, en donde tiene un color rojo oscuro; en la parte posterior se vé el epitelio adelgazado con puntos rojos, constituyendo en su conjunto lo que hemos oido designar al Sr. Galan, con el nombre de *lengua manchada*.

Corazon. Acostada. Nada á la inspeccion. = Palpacion: estremecimiento vibratorio ocupando los dos tiempos y el pequeño silencio; marcándose, sobre todo, en la base y hácia la derecha; la punta se siente latir en su lugar normal. = Macicez: 4 centímetros cuadrados. = Auscultacion: frotamiento suave, superficial, extendido á toda la region, siendo más intenso en unos puntos que en otros, pero teniendo su máximun en la punta y hácia la derecha, cerca del apéndice sifoide. En ningun punto se perciben los ruidos normales. = Sentada. Nada á la inspeccion. = Palpacion: impulsión aumentada; estremecimiento vibratorio, apreciándose sobre todo, en la parte superior y derecha del órgano; se siente latir la punta en su lugar normal. = Macicez: línea vertical, 5 centímetros; trasversal 45 milímetros. = Auscultacion: el frotamiento aumenta de rudeza en la base y á la derecha; en los demás puntos es dudoso que haya aumentado.

Febrero 16. Se le quitó el dolor de cabeza.

Febrero 18. Dice que está mejor. Auscultacion del corazon: frotamiento que se parece algo al ruido de fuelle; sin embargo es más superficial, no es afilado, pero sobre todo, no corresponde con ninguno de los orificios del corazon; no tiene punto máximo sino que se percibe en toda la region.

Febrero 19. Dice que anoche le dió la calentura como á las once, que fué muy fuerte. Sulfato de quinina 2 gramos en XX píldoras, 3 cada 2 horas. Alta sana, el dia 23 de Febrero.

	Temp. por la mañana	Temp. por la tarde	Respiracion	Pulso
Febrero 11	.....	39 grados.....	18 uretral y dicreto	..... 6
„ 12	..... 37 grados	..... 37.6 „	..... 15 „	..... 4
„ 13	..... 37.8 „	..... 38.2 „	..... 16 pequeño dicreto regular	..... 5
„ 14	..... „	..... „	..... 16 „ blando	..... 7
„ 15	..... 39.2 „	..... 39.5 „	..... 19 „	..... 5
„ 16	..... 39 „	..... 37.2 „	..... 15 „	..... 5
„ 17	..... 37.1 „	..... 37 „	..... 15 „	..... 5
„ 18	..... 36.8 „	..... 37 „	..... 18 „	..... 5
„ 19	..... 37 „	..... 39.1 „	..... 22 „	..... 5
„ 20	..... 37 „	..... 37.8 „	..... 18 pequeño y dicreto	..... 6
„ 21	..... 36.7 „	..... 37 „	..... 19 „	..... 5
„ 22	.....	.....	..... 17 „	..... 5

OBSERVACION VIGECIMA.

Cármen Rodríguez, natural de Zacapoaxtla, de oficio molendera, y de raza indígena pura; entró al "Hospital Juárez." el día 1^o de Agosto de 1880, y ocupó la cama número 5 de la sala Sor Juana Inés de la Cruz,

Agosto 17. Hace tres años le empezó su enfermedad: estando en Veracruz, á donde fué por el mes de Setiembre á ver á una hija que estaba enferma, comenzó á sentirse sofocada, y á notar que se le hinchaban los piés; á los pocos días, dice la enferma, le cayó inflamacion en el vientre, pues este le dolía y se le hinchó mucho, por cuyo motivo ya no pudo andar y le aumentó la sofocacion, teniendo que pasar las noches sentada en su cama sin poderse acostar, pues sentía que se ahogaba; no tuvo tos fuerte, solamente al despertar en la mañana tocia un poco y arrojaba esputos blancos en gran cantidad; en el resto del día se le calmaba la tos, que no le volvía hasta el día siguiente; nunca ha arrojado sangre, pero sí le saltaba mucho el corazon; dormía bien, pero perdió completamente la gana de comer. Con excepcion del dolor en el vientre, no le dolió ninguna otra parte; ni el corazon, ni el pulmon, ni la cabeza. Esta vez se curó tomando mucha leche y medicinas caseras, quedando buena al mes de estar de vuelta en México. Al año siguiente, en el mes de Octubre, tuvo que volver á Veracruz y á los tres días de estar allí se volvió á poner muy mala; teniendo los mismos síntomas que la primera vez; se vino, y al poco tiempo de estar en México quedó enteramente buena. Actualmente, dice la enferma, que se siente como se sintió la primera vez que estuvo en Veracruz; es decir, muy sofocada, sin gana de comer; con un sabor amargo en la boca; luego que le cae algun alimento en el estómago se siente muy sofocada, no ha tenido basca ni deposiciones; no puede andar porque luego que se para siente que se le va la cabeza y le salta el corazon; se le han hinchado mucho los piés y la cara, el vientre lo siente muy envarado y le duele mucho, sobre todo, despues de comer; no ha tenido tos, ni ha perdido el sueño, solo que no puede estar mucho tiempo acostada porque se sofoca.

Enfermedades anteriores. Dice la enferma que siempre ha sido de buena salud; las únicas enfermedades de que ha padecido han sido de unas calenturas, aquí en México, las cuales le duraron ocho días. Nunca ha tenido reumas, ni le han salido granos en el cuerpo, ni ninguna otra erupcion; no ha tenido pulmonías, ni catarros, ni tifo. No se encuentra ningun antecedente que haga sospechar la escrófula ó la sífilis.

Siendo muy jóven se acostumbró á tomar aguardiente, y hasta hace poco tiempo lo dejó. Hace muchos años le daban bascas á media noche y arrojaba flemas amarillas; solo dos veces le han dado deposiciones, que la enferma atribuye á indigestiones; siempre ha dormido bien, nunca ha tenido pesadillas, ni ha visto en sueños animales ú otras cosas.

El padre, dice la enferma murió de Sr. grande; no sabe si padecía de alguna enfermedad, ni si acostumbraba tomar licores; en cuanto á la madre solo sabe que murió de parto.

Exámen físico. Pulso 19, regular, blando, pequeño; no hay diferencia en el pulso de las dos radiales; respiracion 9. Está sentada en su cama. Lo primero que llama la atencion son los movimientos exagerados de la respiracion, que hacen que se dibujen perfectamente todos los músculos del cuello y del tórax.

Coloracion. El color general de la cara es muy oscuro, sobre todo, en la parte inferior; sobre este color se ven pequeñas manchas negras. Con excepcion de los pezones, que son de un color negro, la piel de la parte anterior del tórax tiene un color amarillento; la de la parte posterior por el contrario, es de un tinte muy oscuro, casi negro; tanto en la parte anterior como en la posterior hay un gran número de pequeñas manchas enteramente negras y de forma irregular. La piel del vientre conserva el color propio de la raza, con excepcion de una faja negra al nivel del ombligo y de algunas manchas iguales á las del tórax. En la parte posterior de los miembros superiores, existe la coloracion oscura, muy oscura, con pequeñas manchas redondas, enteramente

negras; lo mismo sucede en los miembros inferiores. En la mucosa, tanto del labio superior como del inferior, que están pálidas, se ven muchas manchas oscuras, redondas y pequeñas; en la mucosa de los carrillos, de la bóveda palatina, así como en la lengua, en sus caras superior é inferior, existen las mismas manchas aunque mas claras.

Pelo con algunas canas. Tanto en la frente como en el resto de la cara se ven cuarteaduras de la epidérmis, como sucede en los individuos que han estado expuestos mucho tiempo á la acción de los rayos solares. Conjuntivas oculares con ligeros terigiones internos; pupilas normales é iguales de los dos lados; no se dilatan las alas de la nariz; lengua ancha, húmeda, ligeramente temblorosa, con adelgazamiento del epitelio en la punta.

Cuello. Latidos en las partes laterales que se ven hasta muy cerca de la clavícula, y en los cuales se pueden distinguir dos cosas; unos movimientos que coinciden con los respiratorios, y otros que indudablemente son circulatorios; hay pulso venoso, pero no reflujo venoso. Los ganglios carotídeos se sienten muy desarrollados; no se sienten pulsaciones. Auscultando la region carotídea sin comprimir, se oyen los ruidos arteriales normales; pero comprimiendo ligeramente se percibe un sopro suave, fuerte é intermitente.

Parte anterior del tórax. El pecho tiene una forma cilíndrica; los huecos infra-claviculares han desaparecido; de cada lado del esternon existe un abultamiento que, en el lado izquierdo se extiende hasta la parte superior de la region precordial. = Sonoridad muy exagerada en toda la pared, apesar de hacerse la percusion muy superficial. = Auscultacion: respiracion exagerada en el lado derecho; un poco ménos en el izquierdo; no hay espiracion prolongada, ni ninguna clase de estertores.

Parte posterior del tórax. La misma forma que la parte anterior. = Percusion dolorosa y dando un sonido casi timpánico por todos lados. = Auscultacion: respiracion exagerada en toda la extension del pulmon; estertores crepitantes gruesos en la base de los dos lados; espiracion prolongada en la parte media del pulmon izquierdo.

Region precordial. A la inspeccion lo único que llama la atencion, es la deformacion (abultamiento) que hemos señalado ya: no se vé latir la punta del corazon, pero sí latidos epigástricos. Palpacion: primer grado del frotamiento hácia la parte superior de la region; se siente latir la punta de un modo dudoso en el 5º espacio intercostal izquierdo, como á cuatro centímetros fuera del esternon. = Macicez: línea vertical 85 milímetros; coincidiendo el límite inferior con el sitio en que late la punta; transversal 80 milímetros. = Auscultacion: en la base, al nivel de la tercera costilla derecha, frotamiento rudo, superficial, extendido en lámina, ocupando el primer tiempo y el pequeño silencio; el segundo tiempo está ocupado por un sopro suave, musical que parece dirigirse más al lado derecho que al izquierdo. Dirigiéndose hácia abajo, se oye un ruido de tórtola que se modifica bajo la oreja, aumentando ó disminuyendo de intensidad; no se oye cuando se separa la oreja algunos milímetros de la pared; tiene su máximun de intensidad en la parte media del esternon, á la altura de la cuarta costilla; ocupa el primer tiempo; se propaga hácia el apéndice sifoide, en donde se percibe con mucha claridad; disminuye de intensidad y desaparece muy pronto, aún antes de llegar á la línea mamilar, cuando uno se dirige hácia la izquierda; mientras que en este punto el ruido de frotamiento adquiere una gran rudeza.

Vientre. Globuloso, con vergeturas muy desarrolladas y de un color rosado; hiperestesia marcada de las paredes del vientre, limitada á la piel. Pasa el borde de la mano bajo el arco costal derecho. Macicez hepática: línea epigástrica inapreciable; mamilar 6 y axilar 8 centímetros. No parece haber líquido.

Edema doloroso en las piernas. Prescripcion: vino de quina 120 gramos, en 3 tomas; 8 pastillas de pino marítimo; agua vinosa á pasto; pocion anticatarral del Dr. Galan en la noche; leche.

Agosto 20. Pulso 20, respiracion 7. Ha seguido en el mismo estado, con solo la diferencia que, desde hace dos días no puede dormir por falta de sueño. = Auscultacion del corazon: el ruido de tórtola se oye muy profundo, se acerca al ruido de *pio pio*; el ruido de frotamiento es hoy un verdadero ruido de escofina. La misma prescripcion y una cucharada de j. de cloral en la noche.

Agosto 22. Pulso 24, respiracion 6. Dice la enferma que la hinchazon de la cara y de las piernas le molesta mucho en las tardes; no puede dormir aún, apesar de la cucharada.

Agosto 29. Pulso 14, respiracion 8. Dice la enferma que á veces siente en el corazon una especie de choque muy fuerte. = Auscultacion: el ruido de escofina es muy rudo; el de tórtola está limitado á un pequeño espacio de 4 centímetros, á partir del borde derecho del esternon y á la altura de la cuarta costilla.

Agosto 31. Pulso 21, respiracion 8. Dice la enferma que le arden mucho los piés y que los siente muy frios.

Setiembre 4. Pulso 20, perfectamente dicroto; respiracion 8. No se puede notar soplo en la base del corazon, en donde el frotamiento es muy fuerte; el ruido de tórtola sigue lo mismo.

Setiembre 5. Pulso 18, respiracion 7. Dice la enferma que está muy aliviada, que le duelen ménos las piernas, que ya no se le hincha la cara y que ya se puede acostar sin sofocarse. El ruido de frotamiento persiste sin ninguna modificacion; el de tórtola se oye un poco más bajo que la última vez, propagándose abajo y á la derecha, y desapareciendo rápidamente á la izquierda.

Setiembre 6. Pulso 19, respiracion 6. Dice que está bien. Tinte icterico en las conjuntivas.

Setiembre 7. Pulso 18, respiracion 8. Se queja de dolor en la nuca; como fenómeno nuevo, observado en la auscultacion del corazon, debemos señalar la existencia de un ruido de fuelle en la base y ocupando el segundo ruido.

Setiembre 9. Pide su alta, pues dice que está muy aliviada. El edema de las piernas casi ha desaparecido. Pulso 20, respiracion 5. Auscultacion del corazon: el ruido de escofina es muy intenso; el de tórtola desaparece para reaparecer al poco rato, coincidiendo su desaparicion con el ejercicio, y reapareciendo despues de un rato de tener acostada á la enferma.

OBSERVACION VIGESIMAPRIMERA.

Soledad Hernandez, viuda, molendera, natural de Guanajuato; entró al "Hospital Juarez" el dia 29 de Agosto de 1879, y ocupó la cama número 20 de la sala Josefa Ortiz.

Autopsia el dia 3 de Setiembre de 1879, 22 horas despues de la muerte.

Aspecto exterior. Rigidez cadavérica completa; no se vé ningun otro signo aparente de descomposicion. Adelgazamiento muy considerable.

Coloracion. La piel, de un modo general, conserva el color propio de la raza indígena, sobre la cual se ven un gran número de manchas negras, pequeñas y de forma irregular; que son muy numerosas en la parte inferior de la cara, parte posterior del tórax, parte inferior del vientre y en la cara posterior de los miembros superiores. Los codos, rodillas, dorso de la mano y púbis tienen un color negro sobre el cual existen algunas manchas de color aún más subido. En la mucosa del labio inferior, todavia se ven manchas de un color café claro.

No se abrió por olvido la cavidad craneana.

Tórax. No hay líquido en las pleuras. Congestion hipostática de los dos pulmones. En el vértice del pulmon derecho existen algunos tubérculos en el estado cretáceo, y uno que otro con el aspecto caseoso; en el lóbulo medio, hepatizacion gris característica. Nada digno de ser anotado en el pulmon izquierdo, si no es la congestion que ocupa las partes declives.

Corazon. No se supo si habia líquido. En la hoja parietal del pericardio lo único que llama la atencion son algunas nebulosidades; en la hoja visceral se vé un estado nebuloso generalizado con dos placas lechosas colocadas en la parte superior del ventrículo derecho: los vasos, que están muy desarrollados, presentan un sombreado nebuloso, que sigue sus principales ramificaciones; no hay aumento en la cantidad de grasa. A la simple vista el corazon parece más grande que en el estado normal (no se medió). El ventrículo derecho se deprime al colocar el órgano sobre la plancha; el izquierdo se presenta en lo que el Sr. Galan ha llamado *estado de ereccion muscular*.

Ventrículo izquierdo y válvula mitral. La cavidad del ventrículo está disminuida; sus pa-

redes tienen un color amarillo manifiesto, y miden un espesor de 27 milímetros; un coágulo negro en las partes inferiores, y fibrinoso en las superiores ocupa la cavidad. La mitral está suficiente al agua; las válvulas que la forman están espesas y opacas. Circunferencia del orificio aurículo-ventricular izquierdo, 83 milímetros.

Aorta. Suficiente al agua. Las sigmoideas aórticas están traslúcidas y presentan desgarraduras pequeñas, colocadas cerca del borde libre. La pared interna de la arteria, sobre todo arriba de las válvulas, presenta placas ateromatosas. Circunferencia aórtica, 63 milímetros.

Ventrículo derecho y válvula tricúspide. Insuficiente al agua la tricúspide. La cavidad ventricular está aumentada; sus paredes tienen un color amarillo muy marcado, y un espesor de 3 milímetros en el punto mas grueso; cerca de la punta del corazón casi no hay fibra muscular.

La válvula posterior de la tricúspide está completamente adherida á las paredes; las otras dos están opacas y espesas presentando placas duras en su borde libre. Circunferencia del orificio tricúspide, 110 milímetros.

Pulmonar. Las válvulas de un color rojo, que no desaparece por el lavado, presentan además las mismas desgarraduras que tiene la aorta en su borde libre. Suficientes al agua.

Vientre. Al abrir la cavidad se escapa una gran cantidad de serocidad citrina y trasparente; el peritonéo tiene un color blanco opalino, y forma un verdadero contraste con la coloracion descrita en la piel.

Mucosa intestinal, espesa, inyectada, con algunas ulceraciones superficiales.

Hígado. Disminuido de tamaño (no se midió). Degeneracion grasosa característica.

Bazo. Su tamaño parece normal; mas consistente al tacto; al corte parece un pedazo de carne.

Cápsulas suprarenales. A la simple vista tienen un aspecto gelatiniforme de un color blanco, presentando en su parte central un cuerpo irregularmente oval, de un color amarillo canario al exterior, y cobrizo al corte. Cápsula suprarenal izquierda; longitud 4 centímetros, anchura 5 centímetros; derecha, longitud 6 centímetros; anchura 3 centímetros.

Nada de particular en los riñones.

OBSERVACION VIGECIMASEGUNDA.

Eduarda Negrete, de 46 años, natural de Xochimilco, planchadora; entró al "Hospital Juarez" el día 2 de Agosto de 1879, y ocupó la cama número 8 de la Sala Josefa Ortiz.

Dice la enferma, que á consecuencia de lo muy húmedo del cuarto en que vivía, hace tres meses empezó á sentir palpitations muy fuertes en su corazón, mucha ansia y se le comenzaron á hinchar los piés; desde entonces se siente sin gana de trabajar y con mucha debilidad; por las noches no puede dormir y se le enfrian mucho los piés. No ha tenido ninguna otra cosa; no ha tenido tos, ni ha arrojado sangre, no le dan dolores en ningun punto; no ha perdido el apetito.

Dice que siempre ha sido de muy buena salud; no ha padecido reumas, ni sarampion, ni viruelas, ni tifo; en suma, no ha tenido ninguna enfermedad. No ha acostumbrado tomar licores, solo se toma cuartilla de pulque al mediodia porque el agua le hace mal.

El padre murió de un golpe que le dieron en la cabeza; en el acto murió: la madre de pulmonía, no sabe que padecieran alguna enfermedad.

Exámen físico. Cara abotagada, en la cual se ven, sin embargo, las arrugas propias de la edad. Fácies cardíaco típico, excepto la coloracion que tenía la distribucion que vamos á indicar.

Coloracion. La cara tiene un color muy oscuro; en la frente se le vé formado por un gran número de manchas muy pequeñas, como la cabeza de un alfiler, y muy confluentes; en el dorso de la nariz el color es café claro; en el ángulo interno del ojo derecho existe una mancha de un color café oscuro y que la enferma atribuyé á una caída que se dió cuando chica (no tiene el aspecto de cicatriz); en el resto de la cara hay un gran número de pequeñas manchas que semejan mucho á

los piquetes de pulga. La parte superior del pecho cerca de la glándula mamaria, tiene un color muy oscuro, casi negro; de la glándula para abajo, el color va disminuyendo hasta ser casi normal en el vientre; toda la parte posterior del tórax tiene un color que es aún más oscuro que el de la parte anterior. Los miembros superiores tienen un color bronceado muy subido; en la cara palmar de las manos y dedos se ve una gran cantidad de manchas muy semejantes á las que produce el nitrato de plata; en la cara dorsal son todavía más numerosas: una de ellas tiene 6 centímetros de largo por 4 de ancho y ocupa la cara dorsal de la mano derecha. Los miembros inferiores tienen el mismo color que los superiores. En la mucosa del labio inferior, cerca de borde libre, se encuentran muchas manchas redondas de un color café claro; algunas de estas manchas tienen 1 centímetro de extension; existen las mismas en el labio superior.

Conjuntivas de un color pálido; pupilas normales é iguales; lengua ancha, húmeda ligeramente descamada en la punta.

No se encuentra nada anormal en los dos pulmones.

Corazon. Depresion precordial marcada; no se vé latir la punta. = Palpacion: primer chasquido muy rudo en toda la region, viniendo á constituir el primer grado del estremecimiento vibratorio. = Macicez: 4 centímetros cuadrados. = Auscultacion: soplo rudo al segundo tiempo, teniendo su máximun de intensidad al nivel de la union de la tercera costilla izquierda con el esternon; propagándose hácia la derecha y desapareciendo luego que se le va á buscar á la izquierda. En todo el resto de la region se oye un frotamiento que ocupa los dos tiempos, superficial y extendido en lámina; en ningun punto se perciben los ruidos normales.

Los dedos, al nivel de la segunda y tercera falange, están deformados y afectan una especie de borde; al dedo anular de la mano derecha le falta la falangeta, teniendo la uña insertada en la falangina (como sucede en muchos de los enfermos de mal de San Lázaro.) La eminencia ténar é hipoténar casi han desaparecido.

Vientre. Plano, suave, pasa el borde de la mano bajo el arco costal derecho = Macicez hepática: linea epigástrica, 5 centímetros; mamilar 9; axilar 10 centímetros.

Ligero edema en los maléolos. Tanto los piés como las manos de esta enferma se sienten muy frios.

La sensibilidad térmica, dolorosa, eléctrica y tactíl, están perfectamente conservadas. No se queja de sequedad de narices, ni de suspension en la secrecion sudoral; las cejas están muy pobladas.

Tratamiento. Vino de quina 120 gramos, en 3 tomas; digitalina de Homolle y Quevenne 4 miligramos al dia. Racion,

Setiembre 14. Las manchas de los labios casi han desaparecido; el color oscuro del cuerpo ha disminuido notablemente; la mancha grande que existia en la mano derecha se ha reducido á una longitud de 3 centímetros y una anchura de 2 centímetros; siendo lo notable que el tamaño ha disminuido, pero no el tinte de la coloracion, pues la parte que aún existe tiene siempre el mismo color negro.

OBSERVACION VIGECIMATERCIA.

"Hospital Juarez," Sala Josefa Ortiz número 19. María de Jesus entró el dia 12 de Enero de 1881.

Enero 15. Los antecedentes que se pudieron recoger de esta enferma fueron muy incompletos, por haber presentado desde el momento de su entrada, perturbaciones de la inteligencia: lo único digno de fé que se pudo obtener de ella fué; que, desde hace cuatro dias le empezó su enfermedad con un fuerte calosfrio que le duró una hora, y un dolor en el hombro derecho que despues se le pasó al costado del mismo lado, impidiéndole la respiracion; este dolor era muy intenso y le au-

mentaba cada vez que se movía en la cama: tuvo también mucha tos con la que arrojaba unos esputos blancos mezclados de sangre; la tos aunque le daba todo el día, era mucho más fuerte en la noche y no la dejaba dormir. La enferma cree que le vino su enfermedad por haberse mojado después de haber molido 10 cuartillos de maíz; no ha tenido basca ni deposiciones.

Exámen físico. Mujer de unos 40 años; acostada del lado derecho. Movimientos exagerados de la respiración; álas de la nariz dilatándose á cada movimiento. Púmulo derecho de un color rojo muy subido, simulando una placa de erisipela, ménos el borde limitante; ojos inyectados; terigiones ligeros en el lado interno; pupilas normales é iguales de los dos lados. Lengua ligeramente desviada á la izquierda; en la punta y en el borde izquierdo, presenta el aspecto de lo que el Sr. Galan llama la *lengua fresa*; ancha y húmeda, no temblorosa.

Coloración. La cara conserva el color propio de la raza indígena, sobre el cual se vé un gran número de manchas de un color oscuro; una de ellas que tiene un color enteramente negro y una extensión de 3 centímetros, está colocada cerca del párpado inferior del lado derecho, (no es una equímosis). En la cara posterior del brazo y del antebrazo, así como en la dorsal de la mano, existen un gran número de manchas semejantes á las mencionadas en la cara y que están colocadas sobre un fondo oscuro; la parte anterior del miembro superior, así como el tórax y miembros inferiores, conservan el color propio sin manchas de ninguna clase. En la mucosa labial y palatina existen manchas de un color muy oscuro en su centro y cuyo borde se confunde insensiblemente con el color violáceo que ocupa el resto de la mucosa; en el borde derecho de la lengua, cerca de su raíz, existe una mancha de un color violáceo que tiene 2 centímetros de extensión.

Parte anterior del tórax. Auscultación: estertores crepitantes finos en el vértice del lado derecho; estertores sub-crepitantes en el resto de su extensión; respiración pueril en el pulmón izquierdo.

Parte posterior del tórax. Nada notable á la inspección. = Macicez en el vértice del pulmón derecho con conservación de la elasticidad y extendiéndose en un espacio de 4 centímetros; sonoridad exagerada en el resto, alternando sin embargo, con puntos oscuros. Sonoridad exagerada en el vértice izquierdo; sonoridad alternando con puntos oscuros en el resto del pulmón izquierdo. Auscultación: estertores crepitantes gruesos en el punto donde existe la macicez derecha; respiración suplementaria en el resto.

Región precordial. Nada á la inspección: no se vé latir la punta; se la siente, aunque mal, en su lugar normal. = Macicez: línea vertical 7 centímetros; trasversal 5. = Palpación: primer grado del frotamiento extendido á toda la región. = Auscultación: frotamiento suave ocupando toda la región y todos los tiempos, siendo un poco más seco en la punta.

Macicez hepática: línea epigástrica 45 milímetros; mamilar 95, y axilar 75 milímetros.

Tratamiento. Poción anticatarral del Dr. Galan. Leche.

Pulso 30, respiración 9. No fué posible obtener el cuadro de las temperaturas.

Enero 16. Pulso 26, blando, regular, intermitente: respiración 6. La enferma sigue quejándose del dolor de costado y de la tos, que no la ha dejado dormir en toda la noche; tuvo cuatro deposiciones. No cambian los fenómenos de la inspección torácica; siempre parece más desarrollado el lado derecho. = Palpación: exageración de las vibraciones vocales en la parte inferior del pulmón derecho; normales en el izquierdo. = Macicez elástica en el tercio inferior y posterior del lado derecho; sonoridad exagerada alternando con puntos oscuros en el resto del derecho y en todo el lado izquierdo. = Estertores crepitantes finos, soplo tubario y broncofonía, en el lugar de la macicez derecha; algunos estertores sub-crepitantes gruesos, y respiración pueril en el pulmón izquierdo.

Nada nuevo en la región precordial.

Enero 17. Pulso 27, respiración 8. Sigue lo mismo, según dice ella. No se le examina por los muchos piojos que tiene.

Enero 18. Pulso 25, respiración 6.

Enero 19. Pulso intermitente (dos intermitencias en medio minuto), respiración 6. Sigue

molestando mucho la tos; ayer, á las 6 de la tarde, le volvió el dolor de costado con mucha fuerza y ahora todavía lo tiene.=Oscuridad á la percusion en el vértice del pulmon izquierdo, por la parte anterior; sonoridad exagerada en el resto.=Estertores sub-crepitantes gruesos diseminados en los dos lados.

Parte posterior. Macicez en los dos tercios inferiores del pulmon derecho; sonoridad exagerada en el izquierdo, y en la parte superior del derecho.=Soplo tubario y broncofonía en el lugar de la macicez; respiracion débil en el vértice del lado derecho; respiracion suplementaria en todo el lado izquierdo, con algunos estertores sub-crepitantes en la parte inferior.

Corazon. No se vé latir la punta; se la siente en su lugar normal; frotamiento muy marcado en toda la region, llegando á constituir un verdadero estremecimiento catario.=Auscultacion: en la mitad superior de la region y, sobre todo, al nivel de la aorta, frotamiento muy intenso aunque suave; en la mitad inferior es ménos fuerte.=Sentada. No cambian los fenómenos de la inspeccion y palpacion.=Macicez: línea vertical 7 centímetros; trasversal 6 centímetros.=Auscultacion: frotamiento rudo y fuerte en la punta y á la derecha; en la izquierda es más suave; en la parte media del corazon se percibe un ruido que es un término medio entre el ruido de escofina y el de lima. Poción anticatarral.

Enero 20. 21 y 22. No ha tenido ninguna mejoría; han continuado las deposiciones, que tienen un olor de huevos podridos; la tos le ha seguido lo mismo, solo que es un poco más seca; el esputo es poco espumoso, muy espeso, escaso, tiene la consistencia de una jalea, y un color amarillo-verdoso con algunas estrias rojas: la lengua tiene tendencia á secarse, descamada, en casi toda su extension, de un color rojo muy oscuro.

No han cambiado los signos físicos; desde el día 21 se empieza á notar un ligero estertor traqueal; en las noches la enferma tiene delirio, que es tranquilo, y en las tardes tiene calosfríos que pronto le pasan. Se queja de que no puede respirar, y de que luego que toma algun alimento lo depone.

Enero 23. Pulso 30, respiracion 8. Sigue en el mismo estado: el estertor traqueal es más marcado; la descomposicion de la fisonomia y la sequedad de la lengua son mayores. No se pudo examinar el pecho por los muchos piojos.

Enero 24. Murió á las ocho de la mañana.

Enero 25. Autopsia á las diez de la mañana. Rigidez cadavérica general. Adelgazamiento bastante considerable; la coloracion persiste en el mismo estado que el día 15.

Cavidad torácica. Adherencias pleurales en los dos lados, siendo muy resistentes en el lado derecho. Natas purulentas en la pleura parietal derecha; inyeccion muy fina en el resto de la superficie; adherencias entre los lóbulos medio y superior del pulmon derecho; al corte infiltracion gris en el lóbulo medio y en el inferior; en el lóbulo superior, solo en su parte interna se vé la infiltracion gris; el resto del órgano está congestionado.

Pulmon izquierdo. Algo espesa la pleura en el lóbulo superior; en la parte inferior el pulmon se desgarrá con facilidad, y al corte se le vé de un color rojo muy subido y se desgarrá con mucha facilidad; en el lóbulo superior, que está duro al tacto, se observa una superficie de seccion que no es normal, pero que tampoco es propiamente la hepatizacion.

Corazon. El pericardio está unido al pulmon izquierdo por adherencias muy resistentes y perfectamente organizadas. Pequeña cantidad de líquido citrino en la cavidad del pericardio. *La hoja parietal* está espesa, de color blanco amarillento, opaca, con arborizaciones en muchos puntos, y con un gran número de equímosis pequeñas en otros. *La hoja visceral* presenta, en la parte media del ventrículo derecho, una placa de una forma que se acerca á la romboidal, y que mide 65 milímetros de longitud y 55 de anchura; un poco más arriba, cerca de la arteria pulmonar, existen otras placas pequeñas y delgadas. Toda esta cara anterior está muy cargada de grasa; los únicos puntos en donde se vé la fibra muscular son: un pequeño punto cerca de la punta, en el ventrículo izquierdo; en la base del mismo ventrículo; en la parte media y cerca de la punta del ventrículo derecho. Por la cara posterior el pericardio tiene un color azulado debido á la inyeccion venosa; existen varias placas lechosas, de las cuales las principales son: una colocada en

la parte media del ventrículo izquierdo, de forma triangular, alargada verticalmente y midiendo 3 centímetros de longitud; otra en la parte media del ventrículo derecho, más larga y más estrecha que la anterior; y por último, una tercera colocada en la base del ventrículo derecho, tan grande como la primera. Las arterias aorta y pulmonar se ven muy anchas y con una inyección muy fina que les da un color rojo subido, que no desaparece por el lavado. El corazón tiene una forma que se acerca mucho á la circular, lo cual es debido al aumento del diámetro trasversal. El ventrículo derecho no se deprime cuando se coloca el corazón sobre la mesa; el ventrículo izquierdo se vé en estado de erección muscular. Tamaño del corazón, del nacimiento de la aorta á la punta siguiendo el surco interventricular, 135 milímetros; anchura, siguiendo el surco aurículo-ventricular 180, milímetros.

Ventrículo izquierdo y válvula mitral. La válvula está suficiente al agua. La cavidad del ventrículo contiene un coágulo negro en su parte inferior, blanco y fibrinoso en la superior; las columnas carnosas son enormes, tienen el grueso del dedo pequeño; las paredes tienen en la punta un espesor de 30 milímetros, de los que 3 son de grasa. Las válvulas que forman la mitral están muy alteradas: la anterior está roja, muy espesa y algo deformada; la otra presenta el mismo enrojecimiento, pero la deformación es mucho mayor, pues está sumamente recogida, y más bien que una mitad de válvula, forma una simple franja con una prolongación en el centro. Circunferencia del orificio, 100 milímetros.

Aorta. Suficiente al agua. Estado ateromatoso de toda la pared interna de la arteria, que se observa hasta la aorta descendente; las placas del ateroma llegan á constituir en algunos puntos verdaderas ulceraciones que han destruido la parte epitelial; el ateroma no se propaga á los vasos que nacen de la arteria; solo en el tronco braquio-cefálico se ve una que otra plaquita. Las válvulas sigmoideas están muy delgadas en unos puntos y gruesas en otros; todas presentan desgarraduras cerca de su borde libre; en la válvula posterior se separa el endotelio con suma facilidad. Circunferencia del orificio aórtico 72 milímetros. Tanto las válvulas aórticas como la mitral, tienen un color rojo intenso que no desaparece ni por el lavado, ni por las frotaciones; en general, todo el endocardio tiene un color rosado que resiste al lavado; en unos puntos está grueso, opaco, blanquizco, y no se separa de la fibra muscular sin desgarrarse.

Ventrículo derecho y válvula tricúspide. La tricúspide insuficiente al agua. La cavidad del ventrículo está muy aumentada y ocupada por un coágulo casi completamente fibrinoso, que se prolonga hasta la pulmonar: este coágulo está muy adherido á la pared ventricular, y después de quitarlo con mucha dificultad, se vé que el endocardio no ha perdido su pulimento. El endocardio está muy delgado y parece muy inyectado; pero se separa con mucha facilidad, y al levantarlo se nota que la inyección no es del endocardio, sino de la fibra muscular. Llama á primera vista la atención la diferencia enorme que existe entre las columnas carnosas del ventrículo izquierdo y las del derecho; pues las primeras son muy gruesas, mientras que las segundas apenas tendrán su espesor normal. En algunos puntos la pared tiene un espesor de 13 milímetros (máximo), mientras que en otros casi no existe fibra muscular. Las válvulas que forman la tricúspide están muy alteradas: espesas, opacas, cubiertas de un color rosado, sobre todo la derecha, en donde se ven muchos vasos muy finos formando arborizaciones; la izquierda está sumamente gruesa y muy recogida; la de enmedio muy adelgazada y deformada. Circunferencia del orificio tricúspide, 132 milímetros.

Pulmonar. Suficiente al agua. La pared interna de la arteria tiene un color amarillo canario sobre el cual se vé una especie de barniz rosado. Las válvulas sigmoideas están muy delgadas, de un color blanco rosado, presentando pequeñas desgarraduras cerca de su borde libre. Circunferencia del orificio pulmonar, 90 milímetros.

La cavidad de la aurícula derecha, que está muy dilatada, tiene un coágulo negro y blando que llena toda la cavidad; las paredes tienen un color rosado que desaparece en gran parte por el agua.

Cavidad craneana. Inyeccion muy considerable de la pia-madre. Al corte de los dos hemisferios se observa el estado cribado y el estado de arenillas; nada en los ventrículos laterales.

Cavidad abdominal. No hay líquido en el peritonéo.

Hígado. Su tamaño parece normal; se desgarrar con mucha facilidad y al corte tiene todo el aspecto del hígado *muscado*, ménos la consistencia.

Bazo. Muy chico, muy deformado y consistente.

Riñon derecho. Longitud 14 centímetros, anchura 9. Color amarillento con una inyeccion venosa muy marcada; en la cara posterior se ven tres cicatrices bastante grandes. Al corte primer grado del mal de Bright.

Riñon izquierdo. El mismo aspecto que el derecho, solo que es más grande.

Cápsula suprarenal derecha. Su tamaño parece normal; forma oval; cavidad llena de un líquido color de sepia con puntos amarillos en las paredes de la cavidad. Se guarda la izquierda.

OBSERVACION VIGECIMACUARTA.

Ramon Montesdeoca, de 43 años, natural de Guanajuato, sobrestante de minas y de buena constitucion; vino á curarse de una enfermedad que, segun dice, le empezó hace 6 años. Lo primero que tuvo fué un dolor en el hígado bastante fuerte, y que vino acompañado de calenturas y calosfrios por la tarde. Este dolor era contínuo; pero de cuando en cuando le daban unas punzadas muy fuertes que, partiéndo del hígado se le extendian á todo el vientre; al mismo tiempo que el dolor, tuvo basca y deposiciones y un dolor en el hombro derecho que le impedia los movimientos del miembro. Los vómitos y las deposiciones le duraron unos cuantos días, al cabo de los cuales, solo le quedó un envaramiento del vientre que le ha seguido hasta hoy, y que le molesta, sobre todo, luego que toma algun alimento. Desde el principio notó el enfermo, que en la parte media de la cara le salieron unas manchas oscuras, como si fueran de paño y que poco á poco se le fueron extendiendo á toda la cara, así como á las manos. A los tres meses, gracias al tratamiento que le mandó un médico de Guanajuato, se sintió muy aliviado, pues desaparecieron todos los síntomas mencionados, ménos el envaramiento del vientre, las manchas de la cara y de las manos.

Al año, empezó á notar que su vista se nublaba, y que veía los objetos con fajas de varios colores, sobre todo, amarillos y rojos; pero estas perturbaciones visuales le duraron poco, gracias á las medicinas que le mandó el médico.

Hace dos años, que comenzó á tener unos ataques que fueron considerados por un médico, como ataques congestivos, y por otro, como causados por la anemia cerebral, segun le dijeron. El primer ataque le dió estando escribiendo, y, dice, que sin sentir nada nuevo, de repente perdió el conocimiento. Un su hermano dice, que dió un grito y cayó al suelo sin conocimiento, se le puso la cara negra, empezando á arrojar mucha espuma por la boca y á torcésele todo el cuerpo; á poco rato, se quedó quieto y entónces empezó á roncar mucho. Este primer ataque le duró poco, y al volver en sí, dice el enfermo, que quedó como loco sin recordar lo que le habia pasado y con muchas ganas de dormir. Estos ataques le han repetido como unas 5 veces, hasta hace siete meses en que, en un día, le dieron cinco; desde entónces no le han vuelto.

Hace 6 meses tuvo un dolor muy fuerte en los riñones que le duró un mes, y entonces creyó notar que aumentaba el color oscuro de la cara y de las manos. Desde hace tres semanas se siente muy sofocado y con una ansia que le molesta mucho, sobre todo, en la noche, hora en que le viene una tos que no le deja dormir: junto con la sofocacion y la tos, se empezó á hinchar; hinchazon que comenzó por los piés, y de allí se le ha extendido á todo el cuerpo, lo que unido á la molestia que siente en el vientre luego que come lo asustaron, y vino á México á curarse.

El enfermo atribuye su enfermedad á que ha dejado de bajar á la mina, á que le hace falta el calor subterráneo á que está acostumbrado.

En México, el único alivio que ha sentido ha sido que ha disminuido mucho la tos dejándolo

ya dormir; pero que de lo demás sigue lo mismo, y aun peor; pues, dice él, que hace dos dias se le hincharon los testiculos, lo que lo ha alarmado mucho y que luego que oscurece pierde la vista, no pudiendo distinguir á las personas, solo la vela vé y eso confusa; á las diez de la noche generalmente ya puede volver á ver bien.

Tambien se queja el enfermo de que todo el dia tiene mucho frio, que solo estando en el sol se siente bien; le molesta asi mismo el que no puede andar mucho y sobre todo, subir escaleras sin sentirse, no cansado, sino sofocado; hecho que le ha llamado la atencion, pues todavia pocos dias antes de venirse para México bajaba á la mina y subia sin sentir ninguna fatiga.

Enfermedades anteriores. No ha padecido antes de ninguna enfermedad; siempre ha sido de muy buena salud y muy fuerte. No ha padecido reumas, ni se encuentra ningun antecedente que haga sospechar la sífilis, la escrófula ó el alcoholismo.

No ha sentido vértigos ni desvanecimientos, ni debilidad: dice que tiene tantas fuerzas como cuando estaba bueno; al andar no se siente débil sino sofocado.

Exámen físico. Pulso 25, regular, de mediana fuerza y amplitud, igual y dicreto á la mano; respiracion 10.

Al llegar á la casa, (Hotel de la Gran Sociedad, cuarto número 4) nos encontramos al enfermo sentado en un sofá, en camiza, con los calzones desabrochados y sin calzado.

Dos cosas llaman la atencion, desde luego, en el enfermo: la dispnéa intensa y la coloracion particular de la cara: á pesar de la frecuencia de los movimientos respiratorios el enfermo se fatiga mucho al hablar; frecuentemente tiene que detenerse para tomar aliento; se ven los movimientos de las álas de la nariz, y las venas yugulares se hinchan á cada movimiento respiratorio.

Forma un contraste notable la coloracion oscura de la parte superior del cuerpo con el color blanco de la parte inferior: la cara, cuello, parte superior del tórax, y los miembros superiores tienen un color oscuro, que en la cara y el cuello es casi negro. Fijándose bien en la distribucion de la coloracion se vé, que no es uniforme; es más oscura en la parte inferior de la cara, partes laterales del cuello, y posterior del tórax, antebrazos y manos. Sobre este fondo oscuro, se ven pequeños puntos aun más oscuros, algunos de un negro intenso, que son, sobre todo, numerosos en la barba y cara dorsal de las manos. En el resto del cuerpo el color es, como lo hemos dicho ya, blanco, aun en el vientre y en el escroto.

Ligero tinte icterico de las conjuntivas oculares; color blanco mate de las palpebrales. Pupilas normales é iguales de los dos lados; lengua húmeda, ancha, no temblorosa. La mucosa de los labios tiene el color violaceo propio de la cianosis; sobre este fondo existe un corto número de manchas negras, pequeñas, acercándose á la forma circular.

Nada de particular en el resto de la mucosa bucal.

En el cuello, fuera de la coloracion ya mencionada, se ven las venas muy desarrolladas y animadas de dos clases de pulsaciones: un movimiento de expansion coincidiendo con la respiracion y un verdadero pulso venoso. Auscultando las carótidas parece percibirse un soplo rudo que ocupa el primer ruido arterial.

Tórax, parte anterior. A la inspeccion llaman la atencion los movimientos exagerados de la respiracion, que parecen hacerse sobre todo por un movimiento de elevacion en masa, siendo poco marcado el movimiento de expansion. Los huecos supra é infra-claviculares, lo mismo que los espacios intercostales aunque poco marcados, se aprecian bien. = No se hizo palpacion. = A la percusion, la sonoridad está ligeramente exagerada, sobre todo hácia la parte inferior. = A la auscultacion, la respiracion está exagerada en la parte izquierda, donde además tiene una rudeza marcada; en el lado derecho es ménos ruda; existen algunos estertores gruesos en los dos lados.

Region precordial. No se vé deformacion marcada en la region: el choque de la punta se vé en el 5º espacio intercostal, un poco adentro de la mamila; no se ven latidos epigástricos. = La impulsion parece exagerada á la mano, y se la siente en una extension como de 4 centímetros y cerca del borde izquierdo del esternon. = Por la percusion se obtiene una macicez de 6 centímetros en el sentido vertical y 8 en el trasversal, coincidiendo el límite inferior con el choque de-

la punta. = Aplicando el estetoscopio al nivel de la 3^ª costilla izquierda cerca del esternon, se percibe con toda claridad un soplo rudo, que ocupa los dos tiempos de la revolucion del corazon, propagándose en la direccion de la clavícula izquierda; á la derecha de este punto, se oyen los ruidos normales del corazon, solo que, parecen mas profundos: en la punta no se percibe ruido anormal ninguno, solo se nota que los ruidos de la derecha son más claros y más débiles que los de la izquierda.

Haciendo cambiar de posicion al enfermo y auscultándolo en la posicion supina, lo que se tiene que haber rápidamente porque el enfermo se fatiga mucho, no cambian los fenómenos de auscultacion.

Solo se hizo la auscultacion de la parte posterior del tórax y se notó, la misma exageracion en la respiracion, que en la parte anterior, oyéndose en el vértice izquierdo la espiracion prolongada y un gran número de estertores sub-crepitantes en las dos bases. La auscultacion de la voz solo nos dió una disminucion de las vibraciones de la parte inferior de los pulmones y, sobre todo del derecho.

Ventre. Forma globulosa, continuándose con el tórax sin línea de demarcacion, ligeramente aplastado en los lados; se vé al nivel del hígado un pequeño número de venas que se dibujan con un color azulado. A la palpacion, se siente duro y permanece la impresion del dedo: parece sentirse fluctuacion. Percutiendo el vientre se obtiene un sonido intestinal en la parte media y superior, y un sonido que se va oscureciendo, hasta llegar á ser mate, á medida que se baja á los flancos y al púbis.

Haciendo cambiar al enfermo de posicion, el sonido mate de los flancos se hace sonoro. Maciez hepática: línea epigástrica 4 centímetros, mamilar 6, y axilar 8, (estas dos últimas son duosas).

En los miembros inferiores y en el escroto lo único digno de mencion es el edema considerable.

La orina no presenta nada particular: su cantidad en 24 horas, no es más que un cuartillo, que es arrojada en 10 ó 12 veces, segun el enfermo: su color normal, tal vez un poco oscuro; su reaccion ligeramente ácida; no se encuentra albumina ni por el calor ni por ácido nítrico, que le da un color rojo de sangre; ni por el sulfato de sosa y ácido acético. Tratándola por el ácido sulfúrico toma un color rojo de sangre.

FIN.

ERRATAS NOTABLES.

PAG.	LIN.	DICE.	DEBE DECIR.
8	18	memeria	memoria.
25	1	cuello	tórax
28	20	izquierda	derecha,
29	13	En el número 9	En el número 4.
29	24	obs. XIX y XX	obs. XIV y V.
30	27	atados	atacados.
30	29	venal	renal.
30	37	obs. (III, V, VI y VIII)	obs. (III, V, VI y XVI).
34	9	enfiserma	enfisema.
34	10 y 11	{ obs. III, VI, XI, XIII, XIV, XVII, XVIII y XX.	{ obs. II, III, VI, XIV, XVII, XVIII, XX y XXIV.
36	5	tubieran	tuvieran.
37	22	{ en los enfermos XII, XV, XVIII y XXII	{ en los enfermos XV, XVI, XVII y XXII.
37	25	En la enferma	En el enfermo.
38	13	asternal	esternal.
51	22	mitad	mitral.
68	32 y 33	centímetros	milímetros.
68	46	tubones	bubones.
87	29	<i>grippe</i>	<i>grippée.</i>
88	19	<i>grippe</i>	<i>grippée.</i>
88	32	<i>grippe</i>	<i>grippée.</i>
91	2	yaguitas	llaguitas.

