

MEDICINA. Apuntes para servir a las investigaciones sobre la influencia de la sífilis en el desarrollo de las afecciones del corazon en Chile
—Comunicacion de don Wenceslao Diaz a la Facultad de Medicina (a):

Nous ne saurions trop le répéter, l'étiologie des maladies du cœur bien interprétée est la seule base d'une bonne thérapeutique, la seule d'où les indications coulent de source, hors de laquelle il n'y a pas de succès raisonnable à attendre—Pigeaux (1).

He hecho ver ántes el papel que en la patología del corazon desempeñan unas enfermedades respecto de otras; la asombrosa facilidad con que se confunden, complican i entrelazan, i la necesidad que tiene el médico de conocerlas todas a fondo para curarlas, detenerlas en su marcha, o evitar que unas ligeras o momentáneas constituyan la matriz de otras mas graves. Demostré despues como la *sífilis* podía llegar a ser la *causa predisponente* de esos trastornos, esponiendo el organismo debilitado por su accion a las variadas influencias climatéricas de nuestro pais, que acarrean afecciones pulmonares i reumáticas, oríjen de aquellas: la analicé en seguida como *causa determinante específica* de las mismas enfermedades, ocasionando: 1. ° las neurósís del centro circulatorio; 2. ° la viciacion de la sangre; i 3. ° las metamórfosis de los tejidos del corazon. Entre estas últimas, enumeré las alteraciones tróficas de los tejidos celular, fibroso i muscular, en los adultos, i las de los parenquimatosos en los niños, descritas por Dubois, Depeaul, Gubler i Bonisson, i como llegan a recibir en depósito las sales calizas, asemejándose en este trabajo, segun Ricord, a la formacion del callo. Senté de este modo un hecho que domina toda la patología del sífilismo, a saber: la formacion i dejeneracion sucesivas del tejido celular i fibroso, verificadas por la albúmina i las sustancias térreas que predominan en la sangre de los sífilíticos; i aduje algunas observaciones para demostrar que esas dejeneraciones se verificaban tambien en los tegumentos del corazon, i que eran tanto mas características, cuanto que no dejaban duda de su concomitancia con otras lesiones idénticas, reconocidas como dependientes de la causa venérea que, en tales circunstancias, imperaba en el organismo.

Ahora puedo agregar a aquellas observaciones, algunas entresacadas de mis apuntes i confirmadas por la meroscopia, ya que las otras no

(a) Véase la plájina 23 del tomo anterior de los *Anales*, en que se encuentra una Memoria sobre el particular, de la cual es continuacion el presente trabajo.

(1) *Pathologie du système circulatoire*; Paris, 1843, tomo I, pág. 113.

contaban en su apoyo mas que con los signos palognomónicos, si no tan evidentes, al ménos tan seguros en las enfermedades de aquel órgano.

OBSERVACION 6.ª — Octubre 30 de 1857.— Núm. 29, de Santo Domingo. Julian Segovia, de treinta años, zapatero, natural de Doñigüe i residente en Santiago muchos años. Hace dos años que tuvo síntomas sifilíticos primitivos, despues erupciones en las piernas i dolores nocturnos, de los que se curó en este Hospital; desde entónces quedó con palpitations, cansancio i bochornos que han aumentado de dos meses a esta parte. Pulso con 85 pulsaciones por minuto, pequeño, duro e irregular; respiracion acelerada; edesna en los piés i piernas. Auscultando el corazon, se nota: el aumento de su impulso pero con ruidos lejanos; raspa sistólico que se propaga a las carótidas i subelavias con timbre mas agudo que en la punta, i acompañado por un *ruido de fluctuacion* o de *rueda de molino, oscuro*; fuele diastólico que no se transmite; en el costado derecho i en el epigastrio se perciben los ruidos cardiacos en su estado normal. En el pulmon está disminuido el murmullo vesicular i reemplazado en parte por los estertores sibilante i sonoro. La percusion revela una matidez comprendida entre la tercera i décima costillas, i entre el bordo derecho del esternon i la mamila izquierda. No hai arqueadura precordial.

Diagnóstico.—Insuficiencia de la mitad i de las sigmoideas aórticas por induracion con engrosamiento; estrechez del orificio ventrículoaórtico; aneurisma hipertrófico (2) consecutivo a los desarreglos valvulares, complicado con hidropericárdias o con hidroneumopericárdias, que, como quieren algunos autores, indica la fluctuacion pericardiaca. Notaré de paso, que falta aquí la sonoridad precordial, que segun Brichteau acompaña el *ruido rotatorio*.—Murió el 15 de noviembre.

Necroscopia 26 horas despues.—No habia gases en la cavidad del pericardio i si ocho onzas de serosidad; falsas membranas en la hoja visceral; corazon voluminoso; las cavidades izquierdas mas dilatadas; las paredes del ventrículo i la aurícula derecha con su espesor normal, pero con sus válvulas engrosadas i opacas; el ventrículo izquierdo tiene en su base 0,018 milímetros; la aurícula del mismo lado 0,006 milímetros. Cartilajinificacion de la válvula mitral o del rodete fibroso en que se inserta; sigmoideas aórticas engrosadas; placas óseas amarillas i arrugadas bajo la túdina interna de la aorta ascendente.

OBSERVACION 7.ª — Junio 15 de 1858.— Núm. 24, de la sala de Santa-Rosa. José Rodriguez, peon de a caballo, natural de esta ciudad, tiene sífilis confirmada, con retraccion del bíceps izquierdo; *corrimento en el brazo*, como él dice. Pulso poco desarrollado, irregular i

(2) He seguido la clasificación de Cruvelhier. Véase su *traité d'Anatomie pathologique générale*. Paris, 1852, t. II, p. 694 i sig.

con cierta dureza característica de las estrecheces valvulares con endurecimiento avanzado i con 85 pulsaciones por minuto; en la escoladura esternal se nota esa ondulacion dicha *pulso venoso* que se prolonga hasta los lados del cuello; respiracion acelerada; edema de los piés. En el corazon hai raspa sistólico, estenso i estrepitoso sobre la sexta i sétima costillas izquierdas, que se trasmite a las carótidas, subelavias, aorta ventral e iliacas; raspa diastólico en el lado derecho del esternon i sobre los cartílagos de la tercera i cuarta costillas i que se oye bastante bien en las arterias superiores. Los ruidos normales faltan del todo. Durante el sístole se nota una depresion bajo las costillas falsas izquierdas, i fuertes sacudidas o movimientos de resorte de la punta del corazon: el primer signo es propuesto por Sanders i el segundo por Hope, como indicadores de las adherencias de ámbas hojas del pericardio. Estertor sonoro en los pulmones; abundante expectoracion de mucosidades amarillas, lijeramente rojizas. La matitez precordial está comprendida entre el cartílago de la cuarta costilla derecha i la octava izquierda con 0,06 centímetros en su mayor anchura. El hígado ha bajado del bordo costal i está mui sensible a la presion.

Diagnóstico.—Insuficiencia por degeneracion dura de la mitral; insuficiencia de las sigmoideas aórticas con estrechez del orificio verticulaórtico; aneurisma hipertrófica i dislocacion del corazon consecutivas. Es mui probable que existan las mismas lesiones en las cavidades derechas, como igualmente la adherencia de las hojas del pericardio. Murió el 6 de julio.

Necropsia a las 48 horas despues. Pericardio adherido completamente: corazon como el triple de su volúmen, recostado sobre el diafragma con la base a la derecha i la punta a la izquierda que está redondeada como caserina; la mitral con sus cuerdecillas tendinosas i columnas en que se insertan, cartilajinosas, con horificaciones en los puntos de reunion que da al conjunto la forma de un cono inverso introducido en la cavidad ventricular, hai pues *estrechez e insuficiencia* de esta válvula; sigmoideas aórticas engrosadas, limbos artilajinos i tubérculos de Arancio osificados; el tejido fibroso que forma el orijen de la aorta está hipertrofiado, cartilajinoso, del color de los ligamentos amarillos i con plácas óseas delgadas debajo de la membrana interna de la arteria que en todo el cayado se presenta arrugada i mamelonada dejando ver a su traves manchas blancas i amarillas signo de las degeneraciones anteriores; tricúspide engrosada en sus lados flotantes e insuficiente por una lesion análoga de sus tendoncitos i columnas a la de la aorta; las sigmoideas pulmonares han perdido su transparencia; las paredes del órgano, a pesar de sa gran dilatacion, tienen el espesor normal. Pulmones mui conjestos; falsas membranas i adherencias en la parte

posterior de la pleura izquierda. Hígado voluminoso i conjesto. El biceps duro, descolorido i como fibroso con su tendon osificado.

Apreciación.—Existía una *estrechez* en la mitral i falló con todo el soplo presistólico que algunos autores le señalan como patognomónico, lo que no es extraño si se atiende a que era imposible su produccion, habiendo una lesion semejante a la descrita, i lo que demuestra por otra parte, que el tal signo no tiene el carácter que se le ha atribuido, sino que es relativo al soplo sistólico que se oye hácia la punta. La autopsia me revela por segunda vez que el signo de Sanders, no confirmado aun en Europa, segun Grirolle, indica con bastante exactitud la adherencia del pericardio; bien que no le he dado el valor absoluto que le asigna aquel práctico, sino el relativo a los demas signos estetoscópicos i pleximétricos, i mui principalmente al segundo de Hope que dejo citado. No he comprobado los otros dados por éste, por Aran i Skoda.

OBSERVACION 8.ª—Agosto 28 de 1858.—Núm. 5, de la sala de El Salvador. Crispin Vilche, de 35 años, gañan, natural de esta ciudad, contrajo la sífilis diez años há. Desde entónces padece la enfermedad de un modo constitucional, habiéndose exacerbado de cuatro años a esta parte. Pulso irregular e intermitente; pulso venoso; orlopnca; edema de los piés. Auscultando el corazon, se encuentra raspa sistólico que se propaga a las arterias superiores con timbre distinto del que tiene en la punta; raspa diastólico suave que se oye tambien en las arterias del cuello. En ninguna parte se perciben los ruidos normales. Matidez estendida hasta el borde costal. Estremecimiento vibratorio o catario.

Diagnóstico.—Insuficiencia por engrosamiento e induracion de las válvulas aun rículoventriculares, insuficiencia de las sigmoideas avílicas con estrechez de su orificio; aneurisma hipertrófico consecutivo; conjestion pasiva de los pulmones. Murió el 30.

Necropsia 26 horas despues. Falsas membranas en el pericardio; corazon mui voluminoso; mitral cartilajinosa i cubierta de falsas membranas; sigmoideas aórticas gruesas i rugosas; placas óseas en el oríjen de la aorta, que está cartilajinosa i estrechada; el endocardio de las cavidades izquierdas engrosado i con coágulos fibrinosos adheridos; la tricúspide gruesa i firme; las sigmoideas pulmonares en su estado normal; espesor de las paredes del ventrículo izquierdo 0,015 milímetros, el de las del derecho 0,005, es decir, casi el normal apesar de la dilatacion jeneral.

OBSERVACION 9.ª, agosto 28 de 1858.—Núm. 6; sala de El Salvador. Agustin Abarca, de 30 años de edad, gañan, nacido en Santiago, tiene sífilis constitucional i sufre del corazon desde nueve meses a esta parte. Pulso pequeño i débil; disnea. Los ruidos cardiacos se oyen de-

tras del esternon i de los cartílagos de la segunda i tercera costillas de-rechas; fuele sistólico suave hácia la punta, que se convierte en raspa sobre la base i que se trasmite a todo el árbol arterial; chasquido valvular diastólico, seco i apergaminado, que se trasmite con fuerza a las arterias superiores; ruido de *cuero nuevo* en la base; depresion sistólica del epigastrio, i latidos tumultuosos con fuertes sacudidas de la punta. El murmullo respiratorio está disminuido en el pulmon derecho i estinguído en la mitad inferior del izquierdo. Arqueadura del hipocondrio izquierdo que no se dilata con la respiracion. Matidez condíaca desviada a la derecha i doble de su estado normal; matidez en la base del pulmon izquierdo que varia de nivel acostando al paciente.

Diagnóstico.—Insuficiencia de la mitral, estrechez del orificio ventrículo aórtico i aneurisma hipertrófica consecutiva. Además, pleuresia izquierda con derrame que rechaza el corazon hácia la derecha, i adherencia de las hojas del pericardio. Murió el 5 de setiembre.

Necroscopia 30 horas despues.—Tubérculos crudos en ámbos pulmones i un derrame considerable en la pleura izquierda de un líquido turbio i purulento; pericardio adherido en los dos tercios inferiores i con falsas membranas antiguas en la base; corazon mui dilatado; la mitral engrosada, dura e insuficiente; sigmoideas aórticas cartilajinosas i con esificaciones granuladas i prominentes que estrechan su abertura; lijero engrosamiento de la tricúspide i sigmoideas pulmonares; pared del ventrículo izquierdo en su base 0,020 milímetros i del derecho 0,010. Notaré de paso que aquí, como en una de las observaciones anteriores, se confirmó el signo de Sanders sobre la adherencia del pericardio (3).

Tales son las huellas que sobre el motor de la circulacion estampa el veneno sifilítico; i nótese bien que no he encontrado, ni pretendido encontrar en él, aquellas llamadas en otros tiempos características i que fueron atribuidas a la causa de que me ocupo por una grosera i remota semejanza con algunas de las producciones que forma sobre los segmentos esternos. Se comprende ya que hablo de las *vegetaciones sifilíticas* del endocardio descritas por Corvisart.

No sé por qué coincidencia Littré, Bouillaud, Forget, Pigeaux i casi todos los que han escrito sobre las afecciones cardíacas despues que aquel jenio les mostrara el camino, le impugnan el haber atribuido al vicio venéreo dichas vegetaciones; los autores del *Compendium* son los únicos que le hacen justicia. Le dejaremos hablar para que él mismo nos manifieste lo que pensaba a cerca de esto. «Con el nombre de *vegetaciones*, dice, no voi a tratar de eminencias o asperezas cartilajinosas u óscas semejantes a las que acaban de ser descritas, sino de verdaderas

(3) Podria añadir otras muchas observaciones; mas pienso que solo alargarian estas líneas sin darles mayor importancia.

escrecencias o vejitaciones blandas o poco consistentes cuya naturaleza sería enteramente desconocida si una semejanza perfecta con las crestas i coliflores venéreos i algunas comparaciones hechas en vista de cierto número de observaciones, no condujesen a pensar que su naturaleza *podría ser sífilítica*..... Aunque otras cinco observaciones análogas a las que pronto referiré vengan en apoyo de tal sospecha, *no creo, sin embargo, no haber reunido todavía un número bastante grande de hechos para poder asegurar nada perfectamente positivo a este respecto.*» (4) Se ve pues claramente que el arquiatro de Napoleon I, solo emitió una hipótesis, un parecer, i de ninguna manera una doctrina que tan inmerecida como injustamente le imputan.

Está demostrado en el dia que estas pretendidas vejitaciones sífilíticas no son mas que concreciones fibrinosas, nacidas, segun Bouillaud, bajo el influjo de la inflamacion de la membrana interna del corazon; quedando por consiguiente rebajadas fuera del dominio del agente etiológico que vengo tratando.

Las lesiones anatomopatológicas del corazon, características de tal causa, están mui léjos como se ha visto de revestir las formas de los accidentes sífilíticos secundarios de Ricord; ántes bien toman todas las de los depósitos plásticos i calizos sobre los tejidos blancos que ese mismo autor designa con el nombre de terciarios: i se verifica ello de tal manera, que el célebre cirujano inglés Asley Cooper, discurriendo en conformidad con este principio, asimiló el testículo venéreo a una enfermedad del tejido fibroso albugíneo análoga a la del periostio, i esto, mucho ántes que las necroscopias de Ricord i de Cruvelhier vinieran a confirmarlo. (5) Procediendo tambien de este modo sentó Boninon las degeneraciones de los músculos que la anatomía patológica le evidenció mas tarde. Tan cierto es que existe tal relacion entre los elementos de ciertas afecciones, que, por uno, puede el médico remontarse a todos los otros, como el naturalista que con un solo hueso forma el esqueleto i clasifica el animal a que perteneció!

Pero ¿cómo distinguir i diagnósticar las lesiones que pertenecen al influjo de la sífilis de las que se desarrollan bajo otras condiciones etiológicas, cuando tienen los mismos caractéres? Nada mas fácil. ¿Cómo se diagnostican los infactos ganglionares i del tejido celular, las retracciones de los tendones, i las periostosis i exostosis? Por los antecedentes i lesiones concomitantes, se dirá. Exactamente: hé aquí pues los medios de que podremos valernos para arribar a un diagnóstico completo. Los antecedentes son siempre los únicos lazos que ligan esa multitud de des-

(4) Corvisart. *Essai sur les maladies du cœur*; Paris 1811, p. 217 i sig.

(5) *Ob. quirúrgicas comp*; Cádiz 1845, f. III, p. 101.

órdenes que constituyen las afecciones diatésicas, i muchas veces el único faro que señala el salvamento a la terapéutica. Si en virtud de los primeros, llamamos retracciones sifilíticas a las del esternodeidomastoides, bíceps, semimembranoso i semitendinoso, no procederemos lójicamente si no les damos idéntico espíritu a las que se presentan en los músculos i tendones valvulares del corazon; si bajo de esos mismos antecedentes declaramos sifilíticas las periostosis, exostosis, osificaciones de los cuerpos cavernosos, de los testículos i los tofos articulares, debemos asignar el mismo carácter a las osificaciones de las válvulas i de sus tendones, a las degeneraciones fibrosas de las columnas i de las paredes del corazon, a las placas óseas del cayado de la aorta, etc. No queda otro medio.

Si ello es tan evidente ¿para qué inquirir en los trastornos que tales lesiones acarrearán al corazon? Para qué detenerse en considerar, cómo funcionaría con sus válvulas cartilajinosas u osificadas o cuyas columnas i tendoncillos estuvieran retraidos, i cuáles serían sus desarreglos si se hipertrofiaran los rodobes fibrosos que les sirven de marco? Llamaré, si, la atencion sobre el influjo que esas degeneraciones, sobre todo las que ocasionan las estrechuras, tienen en el desarrollo de las hipertrofias con dilatacion; i mui principalmente sobre la importancia del diagnóstico anticipado para evitar o estar sobre aviso en los resultados ulteriores. De los tres elementos, dice Cruvelhier, hipertrofia, dilatacion i estrechez, el último es el mas temible; por lo que puede calcularse el alcance de nuestro diagnóstico, que por lo regular no pasa de *hipertrofia* i de *aneurisma*, tratando de ilusos a los que se atreven a avanzar mas allá de esa barrera que la ciencia tiempo ha dejó a sus espaldas.

Por una dolorosa fatalidad, o talvez por una culpabilidad bien posible, se encuentra nuestro pais en situacion mui escepcional respecto a las enfermedades sifilíticas; pero lo que es peor, las afecciones cardiacas siguen de cerca la marcha de aquellas. Creo que en pocos paises, quizás en ninguno, se presentarán con mayor frecuencia al ojo del observador, ya solas, ya dependiendo éstas de aquellas. Es tal, que mi respetable profesor, el señor don Juan Miquel, me ha hecho notar, que las observaciones verificadas por él en el Hospital de San-Juan de Dios, manifiestan que sucumben tantos a las enfermedades del corazon como a los tubérculos. Ahora, si tenemos presente que estos constituyen la afeccion orgánica mas comun entre nosotros i tambien mas rápida en sus estragos, se viene en consecuencia que las afecciones del centro circulatorio hacen un papel mui importante i algo desconocido en la mortalidad de Chile, máxime en Santiago.

En todo lo que dejo espuesto me ha guiado solo la observacion de los hechos; i si de vez en cuando me he dejado llevar de la mano por la analogía o la induccion, ha sido para ceder a la hilacion lójica i obligada del raciocinio, que con todo ha venido siempre la esperiencia a corro-

borar : he historiado esos hechos sin plegarlos a ninguna preocupacion, es decir, sin agruparlos en torno de ninguna de esas hipótesis que de ordinario forman la base de los sistemas.

Puedo añadir por vía de corolario, que la modificacion jeneral que el virus venéreo determina en el cuerpo humano, no solo predispone, sino que, alterando las funciones del sistema nervioso, viciando la sangre i metamorfoseando sus tejidos, desarrolla, ora indirecta, ora directa i específicamente las afecciones del motor circulatorio, o sirviéndome de los hermosos versos del autor de la *Franceida*, de Lalli, el rival de Francastor :

E'il mal francese una materia adusta
De caldo e secco humor che rode il core.

MEDICINA. La ciudad de la Serena considerada bajo el punto de vista de la Patología interna i de la Cirujía operatoria.—Comunicacion de don Adolfo Valderrama a la Facultad de Medicina. (a)

I.

La ciudad de la Serena, capital de la provincia de Coquimbo en la República de Chile, se halla limitada al norte por el río Coquimbo, al sur por las chacras que llaman de la Pampa, al oriente por los llanos que llaman de Bella-vista, i al poniente por las vegas que se estienden de la barranca del mar hasta la playa. Edificada en los peldaños de una escala, puede dividirse en dos secciones : la primera que ocupa el alto de Santa-Lucia, i la segunda que se estiende al poniente desde el fin de la primera seccion hasta la barranca del mar. Si se exceptúa el lado de la playa que está formado de vegas, por todas partes la circundan chacras i haciendas mas o ménos cultivadas.

Su vejetacion, sin tener la robusta profusion que en las provincias del sur, no es de ninguna manera tan pobre como en la estremidad norte de la República. Llueve poco, pero bastan dos o tres aguaceros regulares para que el campo se cubra de flores i las cosechas sean abundantes. El cielo es jeneralmente nublado, i aun en los dias de verano en que parece enteramente despejado, se vé, separándose algo de la poblacion, una especie de corona de niebla que no abandona jamas a la ciudad. Las estaciones son poco marcadas, i se vén muchos dias de verano envueltos en

(a) Trabajo dedicado a mi amigo don José Ramon Elguero, Miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.—A. V.