

tífica, no serán perdidas para el porvenir; que quedará sancionado aquel principio que todos hoy día sostienen, de que el tifo epidémico no es una consecuencia fatal de la guerra; i que cuando se desarrolla en un ejército es por fuerza mayor, o es debido a la incuria para prescribir i para aplicar los preceptos de la higiene pública.

MEDICINA. Aumento de volumen del corazón en la endocarditis.—Memoria de prueba de don Manuel Antonio Solís de Ovando en su exámen para obtener el grado de Licenciado en Medicina, leida el 3 de Mayo de 1858.

Voi, señores, a hacer algunas reflexiones sobre el aumento de volumen del corazón en la endocarditis.

Este asunto me ha parecido digno de vuestra atención, tanto por aclarar diagnósticos hasta aquí confundidos, cuanto por ser fuente abundante en conclusiones terapéuticas harto importantes para el hombre enfermo. A la verdad, ¿ese síntoma es constante en la endocarditis, es inherente a ella? Qué nos dicen sobre esto los patolojistas? ¿qué las analogías? ¿qué la anatomía patológica? ¿Si no le es constante, inherente, cuál es entónces la enfermedad que la complica para que se muestre ese aumento de volumen? ¿i en tal caso cuál debe ser la conducta terapéutica del médico? No desconozco, señores, las dimensiones de tales cuestiones, ni me lisonjéo de dilucidarlas cual a ellas conviene, pues estoy profundamente convencido de que para esto serían necesarios los numerosos hechos de una larga espèriencia i las profundas lucubraciones de un filosofo. Con todo, voi a emprender mi tarea por ser la endocarditis una afeccion bastante frecuente en Chile i por haberme dedicado a ella con preferencia; voi a emprenderla, i concluida descansaré tranquilo con la satisfaccion de haber hecho cuanto he podido.

I.

En vano querría ascender a tiempos lejanos para considerar en su primera espresion el cuadro sintomático de la endocarditis; en vano querría pesar la opinion de grandes prácticos para sacar conclusiones satisfactorias; en vano buscaría colecciones de hechos para extraer luminosos corolarios: la historia de esta enfermedad puede decirse que permanece en su cuna, i que todavia no ha recibido el sello augusto de una sana i conciensuda práctica. Matthieu Baillie en su *Anatomía patológica* apenas dice que ha encontrado rastros de inflamacion en las cavidades del corazón. Andral en su *Clinica médica* (1) bajo el nombre de *carditis interna*, medio la columna Bonillana es el primero que le ha dado el nombre de *endocarditis*; a él es a quien pertenece el honor de haber descrito por primera vez sus causas, sus síntomas, su marcha, sus terminaciones i su anatomía pa-

(1) *Clinica médica*: Madrid—1841. Segunda seccion, de las enfermedades del pecho.

(2) *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général*—Repertoire médico-chirurgical. Bruxelles 1837.

patológica. Dejemos que este ilustrado práctico nos traiga en pocas palabras la fisiología de esta enfermedad. (2) «Ruido de fuelle, de raspa o de tierra en la región precordial; con la percusión se encuentra un sonido mate en una extensión mucho más considerable que en el estado natural; con la inspección una abolladura preternatural, aunque en menor grado que la que se muestra en la pericarditis con derrame; los latidos del corazón chocan fuertemente contra la región precordial i són muchas veces irregulares, desiguales, intermitentes, acompañadas con frecuencia de un estremecimiento vibratorio. Pulso duro, fuerte, vibrante, desigual, intermitente como los latidos del corazón.»

En este pequeño cuadro tenemos trazada la endocarditis con sus rasgos más prominentes; en él vemos que el corazón ha aumentado de volumen, pues hai un sonido mate de una extensión mucho mayor que la normal; i tal es la constancia de este síntoma que Bouilland cuantas veces ha tenido que hablar de los signos de esta enfermedad, otras tantas ha consignado este aumento de volumen. Así en su *Tratado clínico de las enfermedades del corazón* (3) hablando de los signos que suministra la percusión dice. «La percusión de la región del corazón da un sonido mate en una extensión de cuatro, nueve i aun diez i seis pulgadas cuadradas».

Todo lo que se ha escrito después sobre este signo, es el eco más o menos fiel de lo de Bouilland. Así Grissolle dice, tratando de la endocarditis: (4) «La percusión nos revela un aumento más o menos considerable en el volumen del corazón». Roche en su *patología médica quirúrgica*: (5) «La percusión nos da un sonido obscuro en un espacio más o menos estenso».

Por lo espuesto se ve que el aumento de volumen del corazón se considera como un síntoma inherente a la endocarditis, como uno de los signos más prominentes con que ésta expresa su existencia. Empero, antes de admitir este aserto, necesario es pedir los títulos de verdad con que cuenta; necesario es no dejarse fascinar con los destellos del genio ni someterse ciegamente al yugo de la autoridad; la inteligencia debe detenerse, buscar, escudriñar la verdad en el fondo de los hechos.

En este momento vengo a saber que hai ya algunos patólogos que ponen en duda la existencia del signo de que me ocupo. M. Requiu dice a propósito del cuadro sintomático que nos ha trazado Bouillaud: (6) «Por mi parte no concibo cómo la endocarditis pueda aumentar la matidez i producir abolladura en la región precordial. Que esta lesión pueda, por ligera que sea, ocasionar trastornos en la circulación i en toda la economía, i aun determinar la muerte, lo comprendo sin dificultad; pero que una alteración del todo encerrada en el interior del corazón pueda, como si hubiera un exeso de volumen en este órgano o un derrame en el pericardio, tener por resultado físico formar la pared anterior del tórax, disminuir su sonoridad, no lo comprendo. Quien pueda esplique esta dificultad, por no decir esta casi imposibilidad».

Pero esta duda de M. Requiu confieso que en mí es certidumbre. Tengo en mí favor la analogía, la anatomía patológica i las consecuencias de la enfermedad.

(3) *Traité clinique des maladies du cœur*, 2.^a édition, 1844, tomo II, pág. 334.

(4) *Tratado elemental i práctico de patología interna*, 2.^a edición, tomo 2.^o pág. 157.

(5) *Nuevos elementos de patología médica-quirúrgica*, 4.^a edición, tom 2.^o pág. 124.

(6) *Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris*, par Chomel: recueillies et publiées par Requiu romatisme et gutte) pág. 108.

Empecemos por las analogías, que son las primeras que se presentan a un espíritu medianamente observador.

II.

El raciocinio por analogías, si bien no es concluyente, nos deja al menos divisar la meta deseada, i nos muestra lo espinoso del camino que tenemos que recorrer. No debemos olvidar nunca este modo de raciocinar, porque nos puede suministrar pruebas, que aunque indirectas, no por eso dejan de conducirnos a grados mas o menos elevados de probabilidad. Ahora bien ¿siempre que hai una inflamacion de las membranas serosas i de los tejidos fibrosos, tales como la pleura, el pericardio, las sinoviales i las cápsulas fibrosas de las articulaciones, el periostio, la membrana medular de los huesos, siempre hai espesamientos hipertroficicos, o mas bien, aumento en el volumen de las partes adyacentes? Cualquier médico ilustrado i de buena fé, sin negar su frecuencia, responderá que no. ¿Por qué se supone entónces que en la inflamacion de la fibro-serosa interna del corazon ha de haber siempre aumento en el volumen de esta visera? ¿Se me dirá acaso que los hechos desmienten el resultado de este raciocinio? MM. Rilliet i Barthez, hablando de los síntomas de la endocarditis aguda, nos dicen: (7) «Los tres enfermos que nos ocupan no han presentado ningun aumento en la matidez normal de la region precordial.—Pero entremos mas de lleno en el terreno de los hechos.

III.

La Anatomía patológica, señores, es la nueva ciencia a quien debe la Medicina la mayor parte de su certidumbre; ella es quien juzga los diagnósticos i traza los limites al campo de las hipótesis; es, pues, el tribunal augusto adonde siempre debemos recurrir. Entremos en él.

OBSERVACION 4.ª

El 40 de Octubre del año pasado, 1857, vi en la sala de Santo Domingo, número 2, a un hombre como de 26 años de edad, de temperamento sanguíneo-bilioso i que presentaba signos de endocarditis, tales como latidos fuertes, o como dice Bouillaud, verdaderas palpitations agudas, ruido de fuelle áspero que coincidía con el ruido sordo o inferior, disnea no muy intensa, pues solo habia 30 inspiraciones, fiebre con 100 pulsaciones por minuto, i en fin cara animada. El individuo murió al dia siguiente con síntomas de asfixia. Adivierto que en este enfermo no habia abolladura precordial, i la percusion solo daba un sonido oscuro en la estension normal, es decir, dos pulgadas cuadradas.

La autopsia mostró lo siguiente:

La cavidad del ventriculo derecho estaba cubierta de falsas membranas i contenia un coágulo fibrinoso que tenia adherencias íntimas con las paredes i pilares de la cavidad. El coágulo pasaba por el agujero auriculo-ventricular, i llevaba parte de la aurícula; tambien se introducía en la arteria pulmonar i aquí presentaba tres lenguetas que se alojaban en la concavidad superior de las válvulas sigmoideas i tenian la forma i dimensiones de estas (8). En el ventriculo

(7) Traité clinique et pratique des maladies des enfants, tomo I, pag. 229. Paris 1845.

(8) La forma de este coágulo nos pareció interesante a mi i a mi compañero de trabajos don W. Diaz, quien los conserva en alcohol.

izquierdo no habia rastro alguno de inflamacion. La medicion dió lo siguiente :

Espesor del ventriculo derecho en su base.	5 mil.º
Id. . . . id. . . . izquierdo en id.	15 mil.º
Circunferencia del agujero auriculo-ventricular derecho.	130 mil.º
Id. . . . del id. . . . izquierdo.	130 mil.º
Capacidad de las cavidades, normal.	

Reflexiones.—La percucion en este enfermo no dió aumento en el sonido oscuro de la rejion precordial; la autopsia ha mostrado que la capacidad de las cavidades era la normal i que el grosor de las paredes ventriculares era el fisiológico, i sin embargo la endocarditis está flagrante. Este es un ejemplo concluyente de que el aumento de volumen del corazon no es inherente a la endocarditis, i que por consiguiente tampoco le es constante.

Notemos de paso que los síntomas ortopneicos, que se presentaron en el enfermo en sus últimas tres horas, fueron debidos evidentemente a la formacion del coágulo; i coágulo que se ha organizado en tres horas. ¿Porqué una organizacion tan rápida? ¿La fibrina inflamatoria se prestará mejor a la organizacion que la no inflamatoria? Notemos ademas la estrechez del agujero auriculo-ventriculo derecho que tenia 130 mil.º siendo lo regular que sea de 135 mil.º

OBSERVACION 2.ª

El 12 de Octubre de 1857 encontré en el depósito del hospital de San Juan de Dios a un niño como de dos años i medio a tres de edad, i cuyo abdómen estaba abierto. Probablemente el médico de la sala donde habia muerto, era quien habia puesto al descubierto las viseras abdominales; mas estaba intacta la cavidad torácica. Yo movido de curiosidad tomé un escarpelo i abrí esta cavidad.

El ventriculo izquierdo estaba cubierto de falsas membranas; las válvulas, tanto la mitral como las sigmoideas aórticas, sin trasparencia i mas gruesas de lo natural. Despues procedí a la medicion i me dió los resultados siguientes:

Grosor del ventriculo izquierdo en su base.	9 mil.º
Id. . . . id. . . . derecho en id.	3 mil.º
Circunferencia auriculo-ventricular izquierda.	60 mil.º
Id. . . . id. derecha.	65 mil.º
Id. . . . del orificio aórtico.	50 mil.º
Id. . . . id. . . . pulmonar.	55 mil.º
Altura de la valvula bicuspidé.	40 mil.º
Id. . . . id. . . . tricuspidé.	44 mil.º
Id. . . . id. . . . sigmoideas aórticas.	8 mil.º
Id. . . . id. . . . id. . . . pulmonales.	8 mil.º

Capacidad de las cavidades, normal.

Reflexiones.—Esta observacion nos muestra los restos de una endocarditis de las mas intensas, i sin embargo el grosor de las paredes del ventriculo izquierdo es de 9 mil.º, es decir, que tiene el grosor normal a la edad de dos años i media a tres.

Pero se me objetará que el grosor de las paredes del corazon varia no solo con la edad, sino tambien con la constitucion del individuo i con miles de otras circunstancias, de tal manera que podria asentarse que cada individuo tiene un corazon con un volumen propio.

sin desconocer lo verdadero que tiene esta objecion, notaré que en el estado fisiológico, sea cual fuere el volumen del corazón, siempre el grosor de las paredes cardíacas es proporcional en todas ellas. Así es que la pared del ventrículo derecho siempre será a la del izquierdo, como uno es a tres.

Ahora fijémonos bien en que los números que muestran el grosor de las paredes ventriculares en las dos observaciones que he consignado en esta memoria, son en la primera 5 i 15, i en la segunda 3 i 9.

Ya que toco este punto de mediciones del corazón, permítaseme una ligera digresion sobre los cuadros que ha publicado Bizot i que copia Grissolte. La obra de este último está, como texto de enseñanza, en manos de la juventud. Oigamos lo que sobre tales cuadros dice Bouillaud en su inmortal obra sobre las enfermedades del corazón (9):

• Hé aquí una cosa mas sorprendente que cuanto se pudiera imaginar. Se trata en este artículo (el artículo 1.º) de las dimensiones del corazón normal en las diversas edades, i sin embargo en los 156 sujetos, cuyos corazones han servido para determinar las tales dimensiones, 57 eran tísicos como lo indica su autor en la tabla 4.ª. M. Bizot convendrá con nosotros en que tal modo de estudiar i observar no merece los epítetos de *riguroso* ni de *exacto*, a no ser que se cambie enteramente el sentido de estas palabras.

Por mi parte, algunas mediciones que he hecho en el curso de mis estudios, que no copio aquí por no alargar mas esta memoria, i por ser ellas en corto número para poder establecer una lei, difieren en mucho de los cuadros de Bizot.

IV.

Me parece estar ya suficientemente probado que la endocarditis simple, sin complicacion, existe siempre sin aumento en el volumen de la víscera. Por consiguiente no es exacto el cuadro sintomático que de esta enfermedad nos han dado algunos patólogos; pues nos ponen como constante e inherente a ella la mayor estension que la normal en el sonido oscuro que da la percusion en la rejion precordial.

Ahora bien, cuando en una endocarditis existe el aumento de volumen del corazón, lo que sucede muchas veces, qué nueva enfermedad será entónces la que a complica? Esta es la pregunta que se ocurre a un espíritu cualquiera; es a cuestión que a sí mismo se propondrá inmediatamente un mediano observador. Para satisfacerla no es necesario inventar hipótesis, formular teorías que las mas veces tienen el deleznable apoyo del agradable solaz que proporcionan su brillantez i su belleza. No; no es necesario nada de esto. Interroguemos a los hechos; no inventemos nada; oigamos el lenguaje de ellos, que es harto elocuente-

V.

Siempre que en la endocarditis aguda hai aumento de volumen en la víscera, se presenta ésta al anatomo-patólogo con paredes *mas gruesas, que tiene una consistencia normal i un color rojo mas o ménos subido, que no disminuye con el lavado ni con la maceracion, con tal que esta no sea mui prolongada.* Pues bien: ¿una afección que se muestra en el cadáver con tales caracteres anatómicos, será

9) Traité clinique des maladies du Cœur 2.ª edición, tomo I. páj. 83.

una hiperemia asténica, cuya causa inmediata esté en que, determinado un flujo de sangre en el endocardio, la ha de haber en la parte muscular aunque no participe de excitación alguna, como la ingurjitación que en todos los ramaños de la arteria celiaca determina la inyección de un vomitivo en el estómago? No; porque si solo hubiese un simple ingurjitamiento, se descoloraría el tejido muscular con el lavado i mucho mejor con la maceración, i nada de esto sucede. Hai una verdadera combinación de la parte colorante de la sangre i de la parte muscular del órgano. Por consiguiente aqui no hai hiperemia asténica; hai algo mas.

¿Será una inflamación debida a la propagación de la del endocardio por contigüidad de tejidos? Tampoco; porque, a mas de la dificultad que siempre hai en la economía para la propagación de la inflamación de un tejido a otro, cuando éste último difiere en naturaleza i en funciones, a mas de esto digo, falta el elemento primordial de toda inflamación, ese elemento que Griman ha llamado *alterante* i que consiste en una relación morbosa entre la sangre i los tejidos vivientes, en una afinidad diferente de la normal, de tal manera que se producen tambien sustancias diferentes, como el pus. Este asunto merece mas dilucidaciones; es, se puede decir, la mitad de la Medicina. Dejemos pues que hable un gran fisiólogo alemán, Müller:

«La inflamación principia, a la verdad, por fenómenos que se parecen a los de la turjencia: el cambio que experimenta la afinidad orgánica entre la sustancia la sangre, hace que los órganos reciban mas líquido que antes i que se opongan a su salida. Pero no debe llamarse aumento de vitalidad a lo que produce un desorden en la función i determina a la naturaleza a hacer un esfuerzo, cuya tendencia es reparar el cambio material ocasionado por la irritación del órgano i poner un término a la lesión que impide a éste el ejercicio de su función. Si la vida estuviese aumentada no tendría la inflamación resultados morbosos. En la reproducción de las astas del ciervo, en la erección del pene, en el estado de la matriz despues de la concepción hai realmente turjencia acompañada de aumento local de la vitalidad; la irritación i la fuerza vital aumentan, por decirlo así, en estas partes en un grado igual. Pero en el fenómeno de la inflamación el cambio material se hace mas pronunciado; i ese cambio no es en modo alguno homogéneo al órgano, en tanto que en la turjencia lo es. De aquí resulta que se forma una nueva sustancia muscular durante la turjencia de la matriz ocupada por el producto de la concepción, en tanto que la metritis da lugar, no a la formación de una nueva sustancia homogénea a la matriz, sino a la de la fibrina, a la misma materia que altera los tejidos inflamados del pulmón, de los nervios etc. Finalmente, la función de una parte inflamada padece siempre mientras que se halla aumentada la de una parte turjente. De esta manera únicamente se llega a comprender que el cambio material que acompaña a la inflamación pueda producir la muerte local.

«La inflamación proviene de la irritación de los vasos capilares, pero no consiste ni en el aumento ni en la disminución de la vida; no hai en ella ni astenia ni estenia, sino un estado particular que contiene desde luego el uso normal de las fuerzas, i que las agota siempre en proporción a su desarrollo en un órgano importante, cuando no desde el principio. La esencia de la inflamación consiste en una relación morbosa entre la sustancia i la sangre, producida por un cambio material i que se compone de una lesión local, de una propensión a la descomposición, i finalmente de una acción orgánica que procura equilibrar la tendencia a la descomposición, cuyo fin consigue a veces haciendo aparecer

« los fenómenos de una herida que se cura, pero que otras veces falla ». (10)

Volvamos a la cuestion principal. ¿Si esa complicacion que acompaña a la endocarditis, no es una hiperencia ni una inflamación, será una hipertrofia?

Esto mucho menos me parece. ¿Una hipertrofia considerable desarrollarse en cuatro, seis o doce horas!! ¿I no es este el tiempo que jeneralmente transcurre entre la invasion de la endocarditis i la manifestacion de los datos pleximétricos que nos revelan el aumento en el volúmen del corazon?..... Los movimientos de composicion i descomposicion nutritivo son oscuros i lentos, como todo acto orgánico i molecular; i a la regularizacion, a la armonia de ellos, preside el sistema nervioso trisplánico cuyo modo de obrar es tambien sordo, lento. Se equivocarian grandemente los que creyesen en que una hipertrofia puede desarrollarse en algunas horas; porque esto está en contradiccion flagrante con las leyes fisiológicas, i porque pugna abiertamente con los principios mas altos de la Medicina filosófica. I sin embargo, en las clinicas no hai una observacion de endocarditis con espesamiento de las paredes cardiacas, en que no se diga *complicada con hipertrofia*.

No; esa complicacion de la endocarditis no es una congestion pasiva, no es una inflamacion, no es una hipertrofia; es una *hiperemia activa de la parte muscular del corazon*. Con esta complicacion están acordes los signos anotomo-patológicos que ya hemos descrito, es decir, el aumento de volúmen i la rubicundéz, conservando la consistencia normal. Notemos ademas que todas las consecuencias que la hiperemia esténica deja en pos de sí cuando no ha sido bien curada, se hallan con mucha frecuencia en el corazon; una de ellas es la hipertrofia. Determinar congestiones activas es el procedimiento que emplea la naturaleza cuando quiere hipertrofiar un tejido cualquiera. Así es como el útero hipertrofia sus diversos planos musculares durante la jestacion; así es como el arte, imitando a la naturaleza, consigue por el ejercicio el aumento en fuerza i en volúmen de un músculo; así es como obran las palpitaciones nerviosas del corazon al producir su hipertrofia.

Ya recuerdo la opinion de Lancisi, que en sus escritos, que ahora se consideran como vetustos escombros, consignaba estas palabras: « El aumento (en el volúmen de las paredes del corazon) es debido a la obstruccion i a la estagracion de los fluidos en esta vicera ».

Si la proposicion de Lancisi no hubiese sido tan jeneral, sería verdadera.

VI.

Creo haber demostrado plenamente la naturaleza de la afeccion que complica a la endocarditis, cuando la percusion nos revela al aumento en el volúmen del corazon. Así es que siempre que a los síntomas de la flegmasia del endocardio se agregue un sonido mate en una estension mayor que la normal, debe diagnosticarse una *endocarditis complicada con una hiperemia activa de la parte muscular del corazon*.

VII.

Voi ahora a decir dos palabras sobre la conducta terapéutica que se debe observar en la endocarditis complicada con hiperemia activa de la vicerca circulatoria.

(10) Véase en la Fisiología de Muller los artículos *turjencia e inflamacion*, tomo I, cap. IV, pág. 230 i 232.

Siendo el diagnóstico exacto, un plan antiflojístico bien dirigido es la primera indicación. Mas, después de calmada la fiebre i de haber disminuido o completamente desaparecido el ruido de fuelle, persisten por lo jeneral el mayor espacio de sonido mate que daba la percusión i la mayor intensidad de los latidos. Signos son éstos que manifiestan que si bien ya no existe endocarditis, permanece la congestión. Mil veces he visto diagnosticar *hipertrofia*, i aun decir *concéntrica*, por solo haber encontrado los síntomas predichos; i en consecuencia recetar fuente al brazo izquierdo, purgantes de escamonea i pociones con tintura de digital. Desgraciadamente con tales prescripciones no se combate la hiperemia, porque la fuente produce una revulsión insignificante o nula i una espoliación inútil o nociva; la tintura de escamonea, una revulsión a los intestinos, pero contrabalanceada con lo estimulante del alcohol; últimamente la tintura de digital, una sedación en el centro circulatorio, pero contrarrestada también por lo estimulante del digestivo. Así es que no combatida la congestión, produce su terminación mas constante, la hipertrofia.

Asombra verdaderamente el número de hipertróficos que existe en el día, i esto no se puede mirar con serenidad. Hé aquí también lo que me ha impulsado a escribir esta Memoria. Yo querria pues que entre las causas de la hipertrofia señaladas jeneralmente, como las palpitaciones nerviosas, la sífilis etc., se colocara la hiperemia que con tanta frecuencia complica a la endocarditis.

Atendida, pues, esta funesta terminación de la hiperemia, se la debe combatir enérgicamente: aplicaciones de sanguijuelas en la rejion precordial, revulsivos intestinales, vejigatorios etc. La digital debe también prescribirse, pero no en tintura, sino en cualquiera otra preparación, pareciéndome preferible por el método endérmico. La digital es, como dice Bouillaud, la verdadera dieta del corazón; per consiguiente es muy útil todas las ocasiones en que se desea disminuir la energía de esta vicera.

VIII.

Sentado ya que la complicación mas frecuente de la endocarditis es la hiperemia activa, i que ésta se manifiesta: 1.º por una mayor estensión a la percusión del sonido mate; i 2.º por una mayor energía en los latidos; cualquiera vendrá en acuerdo de que éstos son también los síntomas que se han señalado a la hipertrofia. Ahora me atrevo a preguntar ¿serían verdaderas hipertrofias las que han curado Corvisat, Bouillaud i Cruveilhaer, los dos primeros con antiflojísticos, i el último estableciendo revulsiones fisiológicas en los músculos? La autoridad de estos grandes hombres i el influjo poderoso que han ejercido en la ciencia, me impiden resolver la cuestión.

IX.

Al apartarme en esta Memoria de lo actualmente recibido sobre la endocarditis; i el aumento de volumen del corazón que con tanta frecuencia le acompaña, i al haberme expresado con toda franqueza sin que nada me haya detenido, no me ha guiado la vana presunción de decir cosas nuevas aun que sea sin fundamento. No; lo que he dicho no son creaciones de una fantasía delirante; no son utopías fraguadas en el seno de la novedad; nada de eso. Todo lo he pasado

por el crisol de la crítica, todo lo he juzgado ante el tribunal de la sana filosofía ahí teneis analogías, antopslas, consecuencias:

Confieso que este asunto merece estudiarse detenidamente. Yo al bosquejarlo a medias no he tenido mas intencion que llamar la atencion de los prácticos chilenos. Demasiado feliz me concideraría si algunas de mis ideas fuesen aceptadas favorablemente por vosotros.

ASTRONOMIA. Proyecto de un plan de estudios para un curso de esta ciencia en Chile.—Discurso de don Luis Gorostiaga en su incorporacion a la Facultad de Ciencias Matemáticas i Físicas, el 26 de Mayo de 1838.

Señores:

La Facultad de Ciencias Matemáticas i Físicas, en la que encuentro a mis mas distinguidos profesores, ha querido sin duda estimularme asociándome a sus trabajos. Siento vivamente no poder ofrecerlos, sino una débil cooperacion en la árdua tarea de adelantar i difundir los conocimientos confiados a vuestros cuidados. Trabajos son estos que requieren principalmente un caudal de esperiencias, que solo con el tiempo es posible adquirir, i que por lo mismo me dan el derecho de contar con vuestra induljencia.

Cumpliendo con el deber que me imponen los estatutos universitarios, principio por trazaros una reseña de la vida de mi predecesor don Paulino del Barrio, cuya sensible i prematura pérdida ha privado a esta Facultad de uno de sus mas intelljentes i laboriosos colaboradores. Muerto cuando recien habia principiado el estudio de las grandes cuestiones que ocuparon sus dias, debemos buscar los títulos que tan justamente honran su memoria, menos en el corto número de resultados positivos que alcanzó a obtener en sus investigaciones, que en la acertada dirección que habia sabido imprimirles, en la exelencia del método que se habia trazado para resolverlas, i en esa admirable facilidad con que sabia desplegar un rico i abundante material de recursos para ilustrar todo jénero de cuestiones por difíciles que fueran:

Consagrado desde su mas tierna juventud al estudio de las Matemáticas i de las Ciencias Físicas, hizo en breve notables progresos, en especial en las últimas, a las que mostró particular predileccion. En la época del aprendizaje, que tantos otros miran como estrictamente calculada para cumplir con las tareas de colejio, del Barrio habia dado ya principio a una série de observaciones meteorolójicas: tarea preciosa para la ciencia, pero monótona, i que por lo mismo requiere para ser ejecutada, todo el conocimiento de su utilidad. Pero, ¡cosa singular! Segun él mismo lo ha consignado en una de sus Memorias, emprendió dichas observaciones cuando aun no se hallaba en estado de apreciar su importancia. Esta especie de inspiracion que tan frecuente ha sido en los hombres que han mostrado mas tarde un mérito superior, no era obra de la casualidad, sino una manifestacion anticipada de las tendencias mas naturales de su espíritu,