16. —

19849

Anglis

FACULTAD DE MEDICINA.

DE LA

HIPERTROFÍA

DEL CORAZON SIMPLE, Y ACOMPAÑADA DE LESION DE LAS VÁLVULAS.

TÉSIS

Presentada á la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y sostenida ante ella el 18 de Febrero de 1854.

Por PEDRO ANTONIO PARDO,

Natural de Salta (República Argentina), ex Practicante Mayor interno del Hospital General de Hombres, Doctor en Medicina de la FACULTAD DE BUENOS AIRES.

El candidato contestó á todas las cuestiones que le hicieron sobre las ciencias médicas.

Mais d'où vient la fréquence de ces maladies ? D'une foule de causes, sans doute; mais de deux principales : de l'action de l'organe et des passions des hommes.

CORVISART.

Les lésions organiques du cœur sont des maladies très fréquentes et beaucoup mieux connues parmi nous actuellement, qu'elles ne l'étaient il y a trente ans.

MÉRAT.

BUENOS AIRES.
IMPRIMERIE DU COMMERCE.
1854.

T63
MFN 1247
Base galeno

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES.

Dr. D. JUAN ANTONIO FERNANDEZ. . . PRESIDENTE.
Dr. D. JUAN JOSÉ MONTESDEOCA. . . . VICE PRESIDENTE.
Dr. D. TEODORO ALVAREZ. . . . . TESORERO.
Dr. D. LUIS GOMEZ (sirve interinamente). SECRETARIO.

CATEDRÁTICOS Segun el órden de su antigüedad.	ASIGNATURAS.
Dr. D. JUAN A. FERNANDEZ. . .	Clínica Médica.
» » JUAN J. MONTESDEOCA. .	Clínica Quirúrgica y Operaciones.
» » FRANCISCO J. MUÑIZ. . .	Teoria y Clínica de Partos, enfermedades de mugeres y de niños.
» » MARTIN GARCIA.	Nosografía médica, Patología general.
» » TEODORO ALVAREZ . . .	Nosografía Quirúrgica.
» » SALUSTIANO CUENCA. . .	Anatomía y Fisiología.
» » LUIS GOMEZ.	Materia médica, Terapeútica, Higiene, Arte de formular.
» » NICANOR ALBARELLOS. .	Medicina legal, Física y Química médicas. (1)

Ocho Cátedráticos sustitutos, cuyas plazas están para prooverse.

PRESIDENTE DE TÉSIS.

Dr. D. FRANCISCO J. MUÑIZ,

Catedrático de Obstetricia, Clínica de Partos y enfermedades de mujeres y niños en la Facultad, Médico de la Caridad de Buenos Aires, ex-Catedrático de Medicina Legal en la antigua Escuela de la misma Ciudad, Miembro de la Real Sociedad Jenneraria de Londres, de la Académia Quirúrgica de Madrid, y de otras Sociedades sábias Extrangeras,

&c. &c.

El Presidente de Tésis no puede tomar parte en la discusion, segun el Reglamento, pues solo se le nombra para honor del candidato.

---

(1) Por disposicion nueva del Gobierno se ha suprimido desde este año la clase de Medicina Legal.

A LA MEMORIA DE MI PADRE

El Dr. D. Camilo Pardo.

RECUERDO DE DOLOR ETERNO!...

A mis queridos hermanos Patricio José y Manuel Amancio.

EN SEÑAL DE AMOR Y DE AMISTAD CONSTANTE.

A la Señora Da. Maria Josefa Saravia de Pardo.

Madre mía:

Cuando un destino cruel, nos arrebató á mi padre, yo, aun niño, jugaba sentado en vuestras rodillas, sonriéndome, sin pesar lo inmenso de nuestro infortunio. Desde entonces, vos, os propusisteis remplazarlo ante sus hijos, y lo habeis cumplido de un modo tal, que, si no fuera una blasfémia incompatible con la veneracion que tengo á las cenizas de aquel cuyas virtudes me habeis contado, os diría que nunca me hicisteis sentir el vacío horrible que deja en el corazon y en la vida la falta de un padre! Veinte años vuestros solos cuidados me han protejido, vuestros únicos consejos me han conducido por el mundo hasta llegar á este dia en que ya veis coronada la obra de tantos afanes.

Al cerrar con esta Tésis la primera época de mi carrera médica que tantos desvelos os cuesta, habría querido ofreceros un trabajo que correspondiera á vos y al amor que os tengo; pero mis fuerzas no llegan hasta lo sublime que sería lo único digno de vuestras raras virtudes. Así pues, aceptad, con la bondad generosa que os caracteriza, esta humílde ofrenda que os consagro y que nada vale, únicamente como una demostracion del amor y de la veneracion que me inspirais.

PEDRO A. PARDO.

Buenos Aires, Enero 14 de 1854.

Sr. Dr. D. JUAN A. FERNANDEZ,

Presidente y Décano de la Facultad de Buenos Aires, Catedrático de Clínica Médica, Médico del Hospital General, ex-Catedrático de Anatomía y Fisiología de la Universidad de Lima, &c.

Sr. Dr. D. JUAN J. MONTESDEOCA,

Vice Presidente y Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Buenos Aires, ex-Catedrático de Anatomía y Fisiología de la antigua Escuela, Cirujano del Hospital General, &c.

MIS QUERIDOS MAESTROS DE CLÍNICA

Homenage á vuestros talentos y consagracion profesional.

AL Dr. D. FACUNDO ZUVIRÍA.

Admiracion y Respeto!

P. A. PARDO.

PREFACIO.

Aun cuando la desconsoladora certidumbre de la terminacion inevitable y fatal de las enfermedades orgánicas del corazon, pudiera desviar al médico de su estudio profundo, no será así, si se reflecciona que descuidándolo, el diagnóstico sería incierto, conduciéndonos, por lo mismo, á falsas aplicaciones terapéuticas y al establecimiento de un pronóstico cuya falsedad desacreditaría á la ciencia y á nosotros. ¿Qué sería en efecto, del médico que se obstinase en tratar directamente un asma, una hidropesía, ó un infarto del hígado sintomáticos de una lesion del centro circulatorio que su ignorancia dejára inapercibidas? El estudio de estas enfermedades, es pues muy importante y muy digno de fijar la atencion del práctico y del nosógrafo; porque, ademas, si bien cuando llegan á cierto grado, están fuera de los recursos de la medicina, puede, en su inminencia, influyendo sobre las causas, estorbarlas y combatirlas con ventaja en su principio.

Por nuestra parte, impresionados por un acaso de estas ideas, y vivamente de la frecuencia de las afecciones del centro circulatorio desde el principio de nuestros estudios clínicos, el de ellas, en la cabezera del enfermo y en las obras especiales nos ha sido muy grato de dos años á esta parte. Esta predileccion encontró su estímulo en la desgraciada

multitud de indivíduos que se presentaban en el Hospital con tan fatal dolencia. Así es que, habiendo recogido gran número de observaciones y abierto muchos cadáveres, formamos el proyecto de presentar en una tésis el resultado de esas observaciones, sin tener empero pretensiones de ningun género. Nuestro único designio era mostrar que habiamos aprovechado las sábias lecciones del Dr. Fernandez, sobre la observacion rigurosa, libres de toda idea sistemática, concretándonos á la práctica, aceptando de los libros aquello que los hechos clínicos, las necrópcias ó una sana fisiología confirmaban, y desechando lo que no nos parecia racional ó no se habia presentado á nuestra observacion. En fin, ibamos á tratar de señalar las circunstancias que han vuelto tan comun en nuestro pais las afecciones orgánicas del corazon. Tal era nuestro pensamiento; pero circunstancias agenas de nuestra voluntad, hacen imperiosa la pronta presentacion de nuestra Tésis á la Facultad, y por consiguiente la redaccion de este escrito.

Es por esto que nos limitamos á solo trazar, en el órden en que se estudian generalmente las enfermedades, la historia de las *orgánicas del corazon por un vicio de exceso en su nutricion simples y complicadas con lesion de sus orificios* por ser las que con mas frecuencia se observan en la práctica. Lo haremos á grandes rasgos evitando siempre entrar al oscuro laberinto de las teorías, y dirigiendo nuestra vista hácia los hechos clínicos. Independientes por carácter, no nos esquivaremos, cuando nos parezca, de combatir las opiniones de hombres de alta inteligencia y mérito, porque creemos que las convicciones del entendimiento no deben sacrificarse sino á Dios.

Finalmente hubiéramos deseado insertar en esta tésis las muchas observaciones que hemos recogido sobre la materia, mas faltándonos el espacio, solo la acompañaremos de tres, escritas hace poco, que extractaremos en notas, porque ofrecen diferencias entre sí. Presentaremos sí, á la Facultad, manuscritas las que hemos anotado en los tres últimos meses del año, como prueba de nuestra contraccion, bien que todos saben la especie de entusiasmo con que hemos estudiado estas enfermedades. Las observaciones de que hablamos han sido recogidas todas en la clínica pública.

De la hipertrofía del corazon simple y complicada con varias lesiones de las válvulas.

Sin detenernos en consideraciones sobre lo que se conviene en llamar irritacion hipertrófica, pasaremos á describir la del corazon, la que diremos que consiste en el exceso de nutricion de este órgano. Cuando hablemos de los carácteres anatómicos, entraremos en algunos detalles, lo mismo que respecto de las lesiones valvulares.

Historia.

El conocimiento de las enfermedades del corazon data de los tiempos modernos. Los antiguos, desde Hipócrates, no concebian la vida con una lesion de este órgano, error que se transmitió de generacion en generacion hasta *Benivenius*, que segun Morgagni, fué el primero que hizo algunas indicaciones. Desde las primeras observaciones, que nacieron en el embrionage de la anatomía patológica, todas las afecciones orgánicas del corazon fueron confundidas con la denominacion de *aneurisma*, y así han atrevesado los siglos sin merecer de los médicos la atencion que debia inspirarles su frecuencia; pues aunque *Vesalio*, *Lancissi*, *Valsalva*,

Abernethy, Sénac y Morgagni les consagraron buenas páginas y señalaron su influencia en la produccion del asma, no por eso quedó menos oscura su historia desde que existia aquella confusion, y que su anatomia patológica habia sido apenas delineada.

En este estado se hallaba la ciencia cuando *Corvisart*, á principios de este siglo, llamó la atencion en Francia sobre las afecciones del órgano de la circulacion y regaló al mundo médico su admirable *Ensayo sobre las enfermedades del corazon*. Mas, á pesar del talento con que está escrito este libro, del gran representante de la clínica francesa, como lo llama el professor *Bouillaud*, y de la riqueza de observaciones de que se halla dotado, él, bien que dilucidó muchos puntos oscuros de la patalogía del corazon, que señaló con mayor certeza la influencia de sus afecciones en la produccion del asma y de las hidropesías, habria perpetuado aun la confusion que deja en el espíritu la voz genérica de *aneurisma*, (no obstante la famosa distincion que hizo de ella), si trabajos posteriores de clínica y anatomía patológica, no hubieran venido á arrojar su luz sobre estas enfermedades. Viviendo aun aquel célebre observador *Bertin*, en 1811, presentó á la Academia de Médicina de Paris varias memorias en que trazó con felicidad los diversos grados morbosos nutritivos del corazon. Despues de la de *Corvisart* aparecieron en distintas partes monografias sobre el misme punto que enriquecieron la ciencia, espécialmente la de *Testa* en Italia. Y Laennec con el descubrimiento de la *auscultacion*, ensanchando los medios del diagnóstico, arrojó gran claridad sobre el de estas afecciones. Luego vinieron succesivamente el libro de *Bertin*, el de *Hope*, los trabajos del catedrático *Bouillaud* sobre todos, los de *Piorry, Chomel, Andral,* del *Comité de Dublin,* de *Barth y Roger,* de *Gendrin, Littré*, etc., que han adelantado la ciencia prodigiosamente, hasta acordarle una rara exactitud. Ultimamente *M. Beau*, habiendo estudiado la fisiología del órgano bajo un aspecto del todo nuevo, que ha echado por tierra las teorias dominantes, ha dilucidado con raro talento, muchas cuestiones de patalogía. Todos estos hechos, así como los de *Pigeaux* y otros escritores modernos, han sido perfectamento analizados por *MM. Hardy y Behier* en la exelente obra de patología que publican.

Las afecciones orgánicas del corazon son bastante conocidas en la Escuela de Buenos-Aires, pero observamos que se descuida su estudio ana-

lítico contentándose con abrazarlas genéricamente. Bien sabemos que no hay mucha importancia práctica en este punto del análisis; mas la precision es indispensable en la ciencia. Esta Tésis, el primer escrito que sepamos haya aparecido en el Plata sobre la materia, no tiene pretensiones de llenar ni en bosquejo aquella laguna; mas ojalá sea un estímulo á la consagracion de la juventud médica ! (1)

Caractéres anatómicos.

Hipertrofia.—Como la hipertrofia del corazon está caracterizada anatómicamente por el aumento en el peso y volumen de este órgano, y del espesor de sus paredes, es indudable que para reconocerla, se hace necesario el conocimiento de las mismas condiciones en el estado fisiológico.

Corvisart y Laennec creyeron imposible asignar medidas geométricas exactas al órgano circulatorio en el hombre sano. *Corvisart,* dice terminantemente *(Essai sur les malad. du cœur, 2e edit. pag. 63)*. « Sabemos bien que su volumen (el del corazon) varía segun la edad, el sexo, el temperamento, el género de vida; pero fáltanos y nos faltará siempre una medida rigurosa y exacta á la que podamos referir el peso, el volumen de un corazon dilatado, engrosado en sus paredes, etc.»; y *Laennec (De l'auscul. mediat. 4e. edit. d'Andral t. 3o. p. 437. et sig.)* «Sería imposible indicar geométricamente las proporciones del corazon en el hombre sano.» Despues añade que es, poco mas ó menos, comprendidas las aurículas, del tamaño del puño del individuo, que las paredes del ventrículo izquierdo son un poco mas gruesas que el doble de las del derecho; éste, mas amplio que el otro, con columnas carnosas menos númerosas, pero mas gruesas, y finalmente que aunque las cuatro cavidades son iguales poco mas ó menos entre sí, como las paredes auricu-

---

(1) Que nuestro amigo y estimable condiscípulo D. M. Augusto Montes de Oca, quiera aceptar el testimonio público que le ofrecemos de nuestro agradecimiento por la deferencia con que nos ha franqueado su rica biblioteca para la correccion de nuestros recuerdos bibliográficos.

lares son muy delgadas relativamente á las de los ventrículos, resulta que las aurículas solo representan un tercio del volumen del órgano. Se vé que *Laennec* no tenía un término fijo de comparacion para el ventrículo derecho, que le sirve para las demas partes. Y si es cierto como lo nota *Bouillaud (Malad. du cœur t°. 1°. p. 27. 1re edit.)* que el corazon generalmente en el estado normal tiene el mismo volumen que el puño del sujeto, no lo es que las cuatro cavidades sean iguales en capacidad, pues, y el mismo *Laennec* lo ha dicho, sin darse cuenta, las derechas son mayores que las izquierdas.

A pesar del juicio de *Corvisart y Laennec,* que parece ser tambien el del catedrático *Cruveilhier,* de la imposibilidad de determinar geométricamente las dimensiones del corazon, esa determinacion está hecha ya, sino de una manera precisa, al menos tan aproximativa como lo son las mas exactas de la médicina. *Bouillaud* ha hecho trabajos laboriosos al efecto; otros autores lo han segundado, y en el dia se poseen tablas hechas en diversos paises y tiempos y por distintos hombres, que por corresponderse en exactitud, tienen, á juicio nuestro, un valor evidente. Las de *Bizot* que conocemos en el libro de Grisolle, son notables porque abrazan todas las edades y sexos. Bien que ellas nos sirvieron en nuestros estudios, en esta tésis insertamos, en una nota, un resumen de los de *Bouillaud* por su simplicidad, y porque han sido hechos en la edad media de la vida, época en que hemos tomado nuestras observaciones. Haremos empero notar, que *Bizot* ha demostrado, que en los primeros tiempos de la existencia, el espesor de las paredes de ambos ventrículos es casi igual; que despues se espesan solo las del izquierdo; que en todas las edades el corazon es mas pequeño en la mujer, y finalmente, que su volumen no está en relacion con la talla del sugeto sino con el desarrollo del pecho. (1)

---

(1)

Peso medio del corazon segun Bouillaud. . . . . 8 á 9 onz.

	Términos.	Pulg.	Lin.
Circunferencia del corazon medida en la base de los ventrículos.	medio :	8	9 3/7
	máximo :	10	6
	mínimo :	8	«

Pero, no obstante el mérito de los trabajos de este género, pensamos que sirven mas á la riqueza de la ciencia que á la práctica de la médecina, porque para reconocer una hipertrofía medianamente adelantada, nos parece bastar la simple vista y el peso. En verdad, infeliz sería el médico,

---

Longitud del corazon.	medio :	3	7 1/3
	máximo :	4	«
	mínimo :	3	2 1/2
Latitud	medio :	2	7 1/2
	máximo :	4	6
	mínimo :	3	5
Espesor	medio :	1	11 1/6
	máximo :	2	
	mínimo :	1	
Espesor de las paredes del ventrículo izquierdo.	medio :	0	6 1/2
	máximo :	0	8
	mínimo :	0	5
« « « derecho.	medio :	0	2 3/5
	máximo :	0	3 1/2
	mínimo :	0	1 1/2
« « « del tabique interventricular.		0	11
« « « de la aurícula izquierda.	medio :	0	1 1/2
	máximo :	0	2
	mínimo :	0	« 3/4
« « « « derecha.	medio :	0	1
	máximo :	0	1 1/2
	mínimo :	0	« 1/2
Circunferencia del orificio aurículo ventricular izquierdo	medio :	3	6 1/3
	máximo :	3	10
	mínimo :	3	3
Circunferencia del orificio aurículo ventricular derecho.	medio :	3	10
	máximo :	4	«
	mínimo :	3	9
Circunferencia del orificio ventrículo aórtico.	medio :	2	5 1/2
	máximo :	2	8
	mínimo :	2	4
Circunferencia del orificio ventrículo pulmonar.	medio :	2	7 3/4
	máximo :	2	10
	mínimo :	2	6

Andral, ha comprobado la exactitud de esta tabla. *(Nota á la obra de Laennec.)*

ó nunca habría visto ni un corazon sano ni uno hipertrofiado para que desconociera en el cadáver esta lesion. Y cuando la hipertrofía fuera tal que hiciera nacer dudas sobre su existencia, el caso habría sido tan leve que quizás no se sospechára. En último análisis puede, pues, decirse con Cruveilhier que «la determinacion precisa del límite que separa el estado hipertrófico del normal del corazon no puede resolverse rigurosamente.»—Se conocen y pueden determinar los extremos, los medios, pero los intermedios se nos escapan.—Por esto es que á *Bouillaud* le parece acertadamente, que *Lobstein* catedrático de Strasbourg, se ha servido de modelos anormales para valuar las dimensiones y peso del corazon, pues las que dá del estado sano son las del hipertrófico aun para Cruveilhier.

Hemos resuelto la cuestion del conocimiento en el cadáver de la hipertrofía del corazon.—Vamos ahora á tratar de determinar las variedades que afecta.

La hipertrofía del corazon es parcial ó general, es decir que afecta una sola parte del órgano ó todo el, y en ambos casos ó conserva la capacidad normal de sus cavidades, ó se aumenta esta ó se disminuye sucediendo lo propio con el espesor de sus paredes, porque no es condicion esencial el engrosamiento como lo es el peso y volumen aumentados. Fundados en esto han admitido los autores desde *Bertin*, tres formas de la hipertrofía. La *simple*, en que las cavidades conservan su capacidad fisiológica con aumento del espesor de las paredes.—La *excéntrica*, en la cual las cavidades están aumentadas aunque sus paredes no se hayan engrosado. La *concéntrica*, en quien las paredes se hallan espesadas y disminuida la cavidad.—Todos convienen en que la forma excéntrica es la mas comun, y prescindiendo de las causas, nos parece ser esto un efecto de la ley de expansion que rije el desarrollo de los seres orgánicos, del *nisus formativus*. La concéntrica es la mas rara, aun que Bouillaud dice que lo es menos que la simple (ob. cit. t. 2º. p. 433). Por nuestra parte, en Buenos-Aires, donde es tan comun esta afeccion, en dos casos hemos hallado la hipertrofía concéntrica (del vent. izquierdo) en uno solo la simple y en numerosos la excéntrica.

Cuando la hipertrofía es simple y afecta el órgano entero, éste conserva su figura regular.—En el caso de afectar una sola parte, que generalmente es el ventrículo izquierdo, la forma varía; todo el corazon parece

hallarse constituido á espensas de la parte hipertrofiada, á la cual las otras están como pegadas. En la concéntrica, negada por *Cruveilhier*, las paredes son muy espesas y la capacidad disminuye de tal modo que hasta parece borrada como en el caso que nosotros observamos. *Bouillaud* se inclina á creer que es mas comun en el ventrículo derecho. La hipertrofía excéntrica tan comun, puede afectar, aun que rara vez, todo el órgano, y es entonces cuando el corazon adquiere proporciones monstruosas, cuando su forma se desfigura y parece una cacerina, cuando sufre dislocaciones tales que su punta baja hasta la 6ª. 7ª. y 8ª. costillas, su base sube hasta cerca de la clavícula, aunque las mas veces se sitúa trasversalmente rechazando en todas á los pulmones. Afectando el ventrículo izquierdo ó el derecho, puede tambien llegar á ser como en el caso anterior. Nunca hemos visto la hipertrofía limitada á las aurículas. Casi siempre, al menos por las observaciones que nos son particulares, en la hipertrofía concéntrica han participado los dos ventrículos. A las veces en el izquierdo las paredes han engrosado considerablemente, en tanto que en el derecho conservan su espesor, siendo empero mas amplias las cavidades. Cuando con la hipertrofía ventricular coincide la de las aurículas, esta es generalmente con dilatacion de ellas, muchas veces con solo engrosamiento de las paredes, nunca con disminucion de la capacidad, y casi siempre con el antoganismo de la dilatacion en una y el solo espesamiento de la otra. Resulta pues, que muchas veces se combinan entre sí todos los grados y formas de la hipertrofía de una manera muy variable, no solo con relacion á su asiento en las diversas cavidades, sino en una sola de ellas : así es que muchas ocasiones en un mismo ventrículo están parte de las paredes dilatadas, parte engrosadas. Pero en general el espesamiento es mayor en el vértice, tabique, base y parte anterior. Grisolle admite la hipertrofía limitada á las columnas.— Juzgamos su posibilidad, pero pensamos que no daría lugar á accidentes.

De todo lo que acabamos de decir se concibe que la figura del órgano, su situacion y relaciones están sugetas á mil irregularidades. Su peso y volumen, como ya lo dijimos, aumentan extraordinariamente, llegando á veces á igualar al del buey *(cor vobinum)*, como lo demuestra nuestra

primera observacion (A) en que su peso, despues de lavado, llegaba á 33 onzas 2 dracmas. Esto puede verlo cualquiera, pues hemos depositado la pieza en la Facultad. *Bouillaud* jamás vió un corazon tan hermoso, ni hemos encontrado en los autores otro ejemplo, (incluyendo aun el de *Lobstein* de 32 onzas), que iguale á este. El volumen del corazon anormal, está en razon compuesta de la espesura y dilatacion.

En este estado los diámetros del órgano crecen y se invierten, sus ángulos se borran, toda su forma cambia. Lo mismo acontece á sus cavidades y orificios que se estrechan, se alargan; sus válvulas pierden su regularidad presentando los caracteres que expondremos. Nada mas complexo que las enfermedades orgánicas del corazon, las cuales se engendran entre sí como lo ha demostrado *Bouillaud*.

Orificios. Lesiones multiplicadas y variables se encuentran en las válvulas y orificios de un corazon hipertrofiado. No indicaremos sino las mas notables y de una manera ligera: de otro modo pasariamos los límites que nos hemos asignado.

Las válvulas del corazon formadas por un doblez del endocardio en

---

(A).

El moreno P. M. que ocupaba el lecho nº. 24 de la 2ª. Sala de Clínica médica en agosto de 1853, soldado, de constitucion y talla atléticas, dado al abuso de los alcohólicos, sujeto a las vicisitudes de la guerra civil y enfermo del pecho hacía ya *muchos años*, entró al Hospital General de Hombres de Buenos-Aires, obligado por una dispnea constante y antigua.

Síntomas: Semblante abotagado, labios cárdenos, naríz fria, conjuntivas ictéricas, infiltracion general; pulso frecuente, blando, regular; latidos del corazon fuertes, tumultuosos, sintiéndose en grande estension; ruido de fuelle continuo, *áspero* en el borde izquierdo del esternon, oscureciendo el ritmo cardiaco y pareciendo coincidir con el 2º. tiempo; ruido de frote que coincide con el choque de la punta del corazon; sonido *mate* en 5 pulgadas transversalmente y 3 verticalmente de la region precordial, que presentaba notable *abolladura;* tumultuosidad de los latidos oscura á la palpacion; pulso venoso en las yugulares; respiracion acelerada, frecuente, ortópnea, dispnea exacerbante.

Falleció en setiembre, y á la abertura de su cadaver, 24 horas despues de su muerte, observamos con asombro, que el corazon despojado de sangre y lavado, pesaba *treinta y trés onzas, y dos dracmas!*

(Observ. 1ª. de C. M. tomada en la 2ª. Sala del H. G. des H. de B. A.)

cuyo centro existe una lámina fibrosa, se hacen el asiento de diferentes producciones, llamadas vejetaciones, que se designan con los nombres de verrugosas, globulosas, polipiformes, en razon de las formas que toman; y de cartilaginosas, fibrosas, corneas, huesosas ó petrosas segun el tegido á que se parecen.

El puro engrosamiento de las válvulas es la lesion mas simple que se encuentra, y que, consecuencia, las mas veces de la endocarditis, porque ha determinado en ellas la irritacion nutritiva, puede desaparecer por la absorcion. Lo mismo decimos de las vejetaciones que no tienen un carácter fibroso ó cartilaginoso. Cuando no se ha verificado esa absorcion, cuando la flegmasia ha depositado sus productos plásticos organizables en la superficie de las válvulas, lo que sucede muchísimas veces; y tenga ó no el espesamiento su punto de partida en la inflamacion ó en un movimiente nutritivo particular que desconocemos, se transforma el tigido de las válvulas en una substancia fibrosa, cartilaginosa, huesosa ó como pétrea que estrecha los orificios del corazon; aunque la estrechez resulta las mas veces de que el rodete fibroso que los borda es el espesado y transformado. Estas producciones se encuentran en forma de chapas, ó de puntos, ó en masas, lo cual dá un aspecto variado á la superficie de las válvulas que se presentan ásperas, desiguales, sin brillo, como arenosas ó murales. Tienen su asiento de predileccion en la base, en el rodete fibroso ó en la punta y borde de ellas, lugares en que Bizot ha encontrado, en el estado normal, unas manchitas amarillas subyacentes al endocardio y que son probablemente el núcleo de aquellas producciones. Luego que aparecen en los sitios designados, invaden toda la válvula, á la que enteramente transforman.

Estas alteraciones estrechan, á las ocasiones, de tal modo los orificios cardiacos, que estos afectan mil formas, ya parecen un ojal, ya un óvalo, ó ya se presentan como fruncidos; y en todos los casos la estrechez puede ser tan considerable que á penas admita el cañon de una pluma de escribir.—Entre este extremo y el estado normal hay muchas gradaciones, advirtiendo que en la hipertrofia la coartacion puede ser relativa.

Otras veces las válvulas están adheridas entre sí ó á las paredes en que se implantan.—*Bouillaud* las ha visto del primer modo y perforadas como un diafragma en su centro.—Qué obstáculos no resulta de esto á la circulacion!—Las adherencias de las válvulas nos parecen sí, ser siem-

pre efecto de la flegmasía formándose por un mecanismo que todos conocemos. Como las válvulas pierden mas ó menos sus movimientos se hallan inclinadas en el sentido de la circulacion á manera de embudo.— Su espesor puede pasar de seis líneas.

Otro accidente que resulta de estas lesiones es la insuficiencia, estado en que las válvulas se hacen incapaces de cerrar el orificio que bordan. Despues de lo que hemos dicho, se comprende porque mecanismo, pero repetiremos que es en virtud de su espesor, de su achicamiento, adherencias, enroscamiento etc.

Todas estas lesiones se han observado con mas frecuencia en las cavidades izquierdas, y se ha notado que en las derechas no se presentaban las transformaciones cartilaginosas y huesosas. Atribúyese esto á que en el corazon izquierdo hay mas tejido fibroso, ó á la mayor estimulacion de la sangre que lo recorre. *Grisolle* cree lo último fundado en que en la cianosis se observa lo contrario.

Coexistiendo siempre la hipertrofía con la lesion de las válvulas, se ha observado, y la razon lo indica, que ésta es mas pronunciada por debajo del orificicio coartado. Se ha querido saber que lesion tiene la prioridad. Pensamos que una ú otra á la vez.

Sin desconocer la notable parte que tiene la endocarditis en la patogenía de estas alteraciones, como lo han demostrado *Bouillaud* y *Andral*, no creemos con el primero que siempre sean la consecuencia de ella; 1º. porque se ven idénticas alteraciones en otros órganos sin previa flegmasia—2º. por la indicacion anatómica de *Bizot* de que hablamos—3º. porque las hemos encontrado muchas veces sin que nada nos indicára anteriormente la existencia de la inflamacion. Por consiguiente, creemos que llegan á formarse en virtud de un movimiento de desarreglo particular de la nutricion que coloca á los individuos en las condiciones de los viejos en quienes normalmente se crian producciones parecidas.

Ademas de estas lesiones, en los cadáveres de estos sujetos se encuentran otras alteraciones diversas que solo indicaremos, como ingurgitaciones sanguineas del cerebro, de los pulmones é hígado particularmente, y de los intestinos; colecciones serosas, restos de pericarditis y pleurezías, focos aplopéticos, enfisema pulmonar, etc.

Etiología.

Ninguna edad está al abrigo de estas afecciones, pues se han encontrado hasta en el feto; pero son mas frecuentes en el periodo medio de la vida. La mayor parte de los entermos que hemos visto, eran de 35 á 55 años, estando esto de acuerdo con los hechos de otros. Ignoramos positivamente si acá se presentan con tanta frecuencia en la muger como en el hombre; pero, (en vista de una carta que debemos á la complaciente amistad de nuestro compañero el Sr. Blancas, distinguido interno de la Caridad, carta que lamentamos no poder transcribir por su extencion y que contiene vistas hermosas sobre la clórosis); creemos, que sin dejar de ser muy comunes en la muger lo son menos que en el hombre, en las cuales tienen siempre el carácter de dilatacion. Nuestro amigo cree que emanan de la clórosis mayormente. Todos los temperamentos las padecen; mas, en general está admitido, que los sujetos robustos y sanguineos se hallan mas predispuestos. El temperamento nervioso debe predisponer tambien.

Los esfuerzos violentos, una vida agitada y las emociones del alma son poderosas causas de afecciones orgánicas del corazon que se conciben bien en virtud de la accion que estas circunstancias tienen sobre la fuerza dinámica de esta víscera. Está en el dia generalmente comprobada la opinion de *Bouillaud*, sobre la frecuente coincidencia del reumatismo articular agudo y la enfermedades del centro circulatorio; así como de que las dichas orgánicas son el resultado, especialmente las valvulares, de sus flegmasías. Nosotros hemos reconocido la justicia de esta asercion sin admitir el absolutismo de *Bouillaud*. Todos los médicos han reconocido la heredad de estas afecciones: es raro que nosotros no hayamos encontrado mas que un caso bien averiguado, lo que atribuimos á que poco nos ilustran sobre los conmemorativos los enfermos de nuestros hospitales.

Se han señalado otras causas predisponentes. Las enfermedades que producen la dispnea, (excepto la tísis), y especialmente la pleuresía, por que en *todas* nuestras autopsias hemos visto rastros de ella; las profesiones que demandan esfuerzos, las que egercen compresiones de los

gran des vasos ; la cianosis, la clórosis, los excesos venereos, las bebidas alcohólicas, las coartaciones de la aorta ; y en general todas las causas que aceleran la circulacion deben tener una parte activa. *Lallemand* ha combatido á *Fouquier*, negando la influencia de la masturbacion. Conocemos un caso que habla en favor de *Fouquier*. El Dr. *Garcia* cree que las palpitaciones y las nevroses del órgano, determinan vicios *orgánicos*. Tenemos hechos en pro de este modo de ver del distinguido catedrático de patología interna, entre ellos, uno curiosísimo de esternalgia que se presentó ahora 18 meses á la clínica, cuyo historia recojió entonces el Sr. Blancas y que nosotros la tenemos desde ahora tres meses, en que el enfermo, entró á la sala 2ª., ya con signos de hipertrofia y estrechez.

En Buenos Aires, y segun algunos datos, en toda la República, son muy frecuentes estas enfermedades, tanto en la clase pobre como en la acomodada. Nosotros, en el espacio de 15 meses, hemos contado (en la sala 2ª. de clínica médica, que como se sabe no tiene sino 42 lechos), cerca de una centena de enfermos y en los cuatro últimos del año anterior, hasta 15; de los cuales 10 han sido observados por nosotros. Actualmente (Enº. 12) existen 4 en la misma sala ¿Porqué tan fatal frecuencia? A muchos hemos oido, lo mismo que nosotros, hacerse esta pregunta sin contestarla. Nos atrevemos á creer que hemos hallado la solucion del problema. Las flegmasías torácicas, la endocarditis causa próxima de las lesiones valvulares, la pericarditis cuya influencia se ha probado, en la produccion de la hipertrofia escéntrica, y el reumatismo articular agudo que coincide con estas enfermedades, encuentran en las variaciones bruscas y continuas de la temperatura de nuestro pais la causa mas comun de su produccion. Los esfuerzos violentos, tan señalados por los autores, todos saben que son una inherencia de la vida agreste de nuestros paisanos, en quienes el continuo ejercicio á caballo, á mas de los esfuerzos y compresiones que exige, debe influir por los *sustos* á que espone. El que sabe como cabalgan los *gauchos* desde la edad mas temprana y que clase de animales, no encontrará estraño esto.

Y respecto de la influencia de las afecciones morales, en los mismos individuos, los que las niegan, en atencion de la obtusa sensacion que tal vez gratuitamente les asignan, no han tenido en cuenta que las pasiones vivas que mas han debido influir, son precisamente aquellas de que nadie prescinde, el *terror* y *el miedo* que tanto imperio han ejercido

entre nosotros. *Corvisart* había dicho ya que las revoluciones y las guerras producian estas enfermedades. Si nosotros reflexionamos en los trastornos que han traido á la fortuna privada y pública, la guerra de la emancipacion, la crueldad de nuestras civiles, las desgracias de la República y la tiranía de Rosas; encontraremos en estos cambios sociales, en estas grandes agitaciones morales la fuente de aquella desgrrciada frecuencia, que ha arrojado á la tumba, en la fuerza de la vida, tantos hombres como el plomo de las batallas. La tirania de Rosas; sus escenas sangrientas habrán causado mil veces estas afecciones:— así, ese hombre bárbaro no ha asesinado con solo el puñal ! . . Fíjese por otra parte la atencion, en que en los hospitales no es fácil grangearse la confianza del enfermo para que nos abra su corazon. Nosotros nos convencemos cada vez mas de todo lo que hemos dicho, cuando oimos á los médicos viejos asegurar que antes no eran tan comunes. Es pues un hecho demostrado, que las variaciones de temparatura, los esfuerzos violentos, las pasiones grandes del alma, sus emociones vivas, y la alimentacion suculenta, que habiamos olvidado mencionar, son las causas poderosas de la frecuencia en Buenos-Aires de las lesiones orgánicas del corazon. Todos los enfermos que hemos visto eran soldados, peones de campo sugetos mas ó menos á estas influencias.

Síntomas de la hipertrofía.

Los síntomas de la hipertrofía del corazon son locales y simpáticos. Nos ocuparemos de los primeros, porque ellos son los que mas la carácterizan.

Locales. Se nos fanifiestan estos s'gnos por la *inspeccion, palpacion, percusion*, y *auscultacion* de la region cardíaca. Antes de entrar á su analísis haremos notar que los tomamos cuando ya el mal está medianamente adelantado, porque en su principio no son ostensibles para fijar la atencion, ni producen accidentes que determinen á los infermos á una consultacion.

A—En algunos casos existe una corvadura notable en la region precordial, que está en razon compuesta de la fuerza y volumen del órgano,

muy sensible á la vista como lo prueba, entre otros casos, de una manera asombrosa, el enfermo que hace poco estaba en el nº. 2 de la Sala 2ª. de clínica médica y cuya historia conservamos. Aunque algunos autores dan este signo como propio de la pericarditis con derrame, nosotros no convenimos con ellos, porque lo hemos encontrado muy obvio en muchos casos de hipertrofia, al paso que nos ha faltado en la pericarditis. Midiendo ambos lados del torax á la altura de la tetilla con una cinta graduada y no estensible, se encuentra una diferencia desde algunas lineas á una ó dos pulgadas. Se distingue este signo del que se observa en la pleuresía antigua, por el *sitio* y *forma* de la elevacion. En la hipertrofia ocupa la region *precordiul*, es abovedada, afectando poco mas ó menos la figura del corazon, siendo mas alta en el sitio en que choca la punta del órgano, hasta el grado de imprimir un ángulo saliente á una ó dos costillas de este lugar, como se observaba en el citado caso. Por la inspeccion tambien conocemos, á veces, una fuerza de impulsion que adquiere el corazon, de manera que los vestidos de los enfermos, las paredes del pecho y hasta la cabeza son sacudidas por ella.

B—La mano aplicada á la region del corazon nos demuestra tambien los signos que ya hemos estudiado, especialmente aquellos que tienen relacion con la fuerza impulsiva del órgano y á mas respecto de la estension en que se perciben sus latidos. Asi observamos que la impulsion es tan fuerte, que rechaza la mano que interroga el fenómeno. Esta impulsion, se convierte á veces en palpitaciones, se siente en una gran parte del torax, en la áxila, á la derecha, y en el estómago; con mayor intensidad en algunos puntos, y es recia y seca como el golpe de un martillo. Entonces el órgano dislocado y en una situacion transversal golpéa aun hasta el 7º. y 8º. espacios intercostales. Hay ocasiones en que el corazon, en la hipertrofia excéntrica, hiere toda la estension de la mano; en otras, por el contrario, solo se notan en la punta los golpes violentos. Estos latidos son regulares y aun lentos, fuera de los casos de exitacion ó de palpitaciones.

C—La *percusion*, cuya invencion se debe á *Avenbrugger* y sus mas brillantes aplicaciones á *Piorry*, nos dá un sonido *mate* en la region del órgano, y en mayor extension, que en la de dos pulgadas cuadradas que se halla en el estado normal. Este sonido oscuro tiene muchas gradaciones, que la práctica aprecia; ocupa un radio que puede llegar á 6 pulgadas y

que siempre está en relacion con el volumen que ha adquirido el corazon. Sin participar de la preocupacion de *Piorry* por este medio de exploracion diagnóstico, diremos que suministra datos muy exactos, respecto á la mensura del corazon, habiéndonos sucedido muchas veces, lo que á casi todos los autores desde *Corvisart*, que hemos determinado por la percusion el volumen preternatural de esta víscera, y su dislocacion durante la vida; determinacion que nos la mostraba exacta la abertura del cadáver. Un carácter importante de la obtusidad del sonido en la hipertrofía, y que nos sirve para diferenciarlo del que obtenemos en algunas otras enfermedades, es la invariabilidad de su sitio, sea cual fuere la posicion del enfermo. Algunas veces una lámina del pulmon cubre enteramente al corazon, y entonces el sonido *mate* no se manifiesta; pero, si como lo aconseja Piorry, aplicamos fuertemente el plexímetro ó el dedo, y variamos la intensidad de los golpes obtendremos el signo. En este caso, como en todos, deberá percutirse el lado opuesto para tener un punto de comparacion.

D — Todos saben que hasta Laennec los signos que acabamos de estudiar, unidos á los generales, de que ya hablaremos, bastaron al estudio y conocimiento de la enfermedad de que tratamos. El descubrimiento de aquel ilustre médico, fué precioso para el diagnóstico de las afecciones del corazon. La *auscultacion* inmediata, y aun mejor con el estetóscopo, en la hipertrofía, nos hace oir unas veces mas claros, otras mas oscuros, secos, fuertes y prolongados los ruidos del corazon. Su impulsion violenta, que ya apreciamos por otros medios, demuéstrase mas claramente al oido, siendo tal, que algunas veces la oimos á alguna distancia del enfermo á pesar de las dudas de Corvisart. Entonces percibimos ese choque fuerte, vibrante y seco del corazon que estremece las paredes del pecho, y que en ocasiones es tan enérgico que rechaza la cabeza del explorador en términos tales que otra persona situada á alguna distancia de él, puede contar sus movimientos. Este fenómeno lo hemos visto frecuentemente, y el caso que ya hemos citado era un ejemplo notable, así como del que vamos á hablar. Esta impulsion seca, este choque rudo produce un ruido particular, en ciertos casos, llamado *tintineo metálico* por *Bouillaud*, ruido *auriculo— metálico* por *Filhos*, quien dice, que se imita bastante bien percutiendo el dorso de la mano aplicada al oido. Cuando la hipertrofía adquiere un grado extremo, se oye

á la auscultacion alguna variedad del ruido de fuelle. Caracterizando este signo particularmente á las lesiones valvulares, á pesar de lo que ha dicho *Chomel* en su patología general, nos ocuparemos de él cuando tratemos de ellas. En las simples hipertrofías rara vez se altera el ritmo de los latidos del corazon.

Lesiones valvulares. Como ya lo hemos dicho otras veces, casi nunca la hipertrofía del corazon se observa en su estado de pureza, complicándose por el contrario, en la inmensa mayoría, con lesiones variables de los orificios, dependientes de la alteracion de las válvulas que los guarnecen. Lo mismo sucede con estos últimos; con la diferencia de que la ley es mas general, pues nunca se observa el estrechamiento de los orificios cardiacos, consecuencia necesaria de las alteraciones de sus válvulas, sin que la parte muscular del órgano se halle afectada de una ó varias clases de hipertrofia. No hemos visto en ningun caso ese aislamiento de lesiones, el profesor *Bouillaud*, ni *Corvisart* tampoco le han encontrado, ni tenemos noticia de que exista un solo hecho en la ciencia. En virtud de esta relacion constante, es qne pasamos despues de haber trazado el cuadro de los signos locales de la hipertrofía, á trazar el de las lesiones valvulares, dejando para despues la historia de los simpáticos ó generales, por que nuestras observaciones nos conducen á no ver en los síntomas generales que los autores atribuyen á las afecciones hipertróficas del corazon, sino el resultado de un obstáculo mecánico á la circulacion, como lo son las estrecheces, no observándose esos trastornos en la simple hipertrofía. Para nosotros es una satisfaccion haber encontrado este principio en Bouillaud, que ha fortalecido la creencia que abrigábamos aun antes de leer su obra. Despues de estas ligeras consideraciones, vamos á tratar de asignar los signos racionales que nos revelan que existe una lesion valvular. Los estudiaremos por el mismo método que en la hipertrofía—haciendo notar, que en estos estados morbosos, hallaremos muchas veces, los signos que ya hemos dado á conocer en la hipertrofía, mas ó menos modificados.

A. C.—Nada tenemos que añadir á lo que hemos dicho respecto de la *inspeccion* y *percusion*.

B.—La *palpacion*, ademas de demostrarnos las aberraciones relativas á la fuerza, extension y ritmo del juego del corazon, nos hace notar

el fenómeno de vibracion, indicado primeramente por *Corvisart*, que lo creía como patonogmónico de la estrechez de los orificios izquierdos, particularmente del aurículo ventricular. Aquel sábio médico lo describe así : « Estremecimiento particular, dificil de describir, sensible á la mano, que proviene sin duda de la dificultad que experimenta la sangre á su paso por un orificio que no es proporcionado á la cantidad de fluido que debe pasar. Este estremecimiento se reconoce, aunque ménos obviamente, por la mano que interroga el pulso. » *(Ob. cit. p. 232.)* *Laennec* habla tambien de él y lo compara al murmullo de satisfaccion de los gatos cuando los acariciamos, ó al frote de una escobilla en la mano cubierta de un guante. *(Ob. cit. t. 3º p. 124.)* Por fin *Bouillaud* que lo llama estremecimiento vibratorio ó catario despues de hacer varias comparaciones, concluye diciendo : « que la mejor idea de él es la que dá la mano aplicada al larinx de una persona que habla ó canta, ó sobre el tumor del aneurisma varicoso. *(T. 1º p. 153.)*—Esto es exacto. El mismo médico le atribuye la causa que Corvisart y se admira de que un Laennec la encuentre, lo mismo que la del ruido del fuelle, en la innervacion, siendo todo físico el fenómeno.

La intensidad de accion del corazon es necesaria tambien para su produccion : por esto desaparece con los progresos del mal. El estremecimiento *catario* lo oye ó siente el enfermo, se revela por la auscultacion siendo perisistólico segun Gendrin. *(Leç. sur les maladies de cœur.)*

En las lesiones valvulares es cuando se notan verdaderas palpitaciones de corazon, irregulares y tumultuosas no solo respecto á una sola evolucion cardiaca sino tambien relativamente á la sucesion de muchos latidos. De ahí vienen la intermitencia, las *hesitaciones*, los golpes *vagos* del corazon, sus *tropezones* como nos decia el enfermo de nuestra 2ª observacion. (B) Inmensos son los grados de la irregularidad. Esta y el tu-

---

(B) El llamado C. S., soldado en la guerra de la Independencia, de 60 años, de constitucion fuerte y temperamento bílioso-sanguineo, dado á las bebidas espirituosas, despues de haber padecido de ataques reumáticos, sífilis y pneumo-pleuresías, entró al Nº. 5 de la 2ª sala de C. M., en setiembre de 1853, enfermo del corazon.

Síntomas.—Pulso pequeño, duro, intermitente, *irregular*, *dicroto*; latidos del

multo se encuentran siempre aun cuando los ruidos se presenten oscuros, y débiles los latidos.

D — La *auscultacion* es el sistema de exploracion que mas nos ilustra en estos casos. Siempre que hay una lesion valvular se oye en varios puntos de la region del corazon el ruido de fuelle en alguna de sus variantes. Ya es áspero como el de la escofina que obra en madera ó de una sierra, el que se imita prolongando el sonido de la *S* francesa; ya es un silvido musical, ya se parece al ruido del rallo en accion, al de una rueda, al sonido prolongado de la *R*, al canto de ciertos aves como al arrullo de la tórtola, al maullido del gato chico, al piar del pollo; ó bien como en un caso que observamos con nuestro amigo Rodriguez se parece á la vibracion de una cuerda de bajo. Todos estos ruidos que no son sino modificaciones de uno solo que llamaremos de

---

corazon duros, secos, irregulares. Uno de ellos se descompone en dos, de tal manera que el enfermo mismo lo percibe, y dice que el corazon le tropieza. Ruido *áspero* de sierra que oscurece uno de los ruidos del corazon y parece isócrono al pulso, en la region de las cavidades izquierdas, á dos pulgadas adentro y arriba de la tetilla, poco mas ó menos. Otro ruido de sierra hácia la punta del corazon mas claro, como de fuelle, mas corto que el otro, y que parece seguir al 2º; sonido macizo en grande extension; pulso venoso; vibracion cataria; respiracion alta, frecuente, veloz; opresion constante; ral crepitante en el pulmon derecho; en ambos pulmones (hácia la parte superior) respiracion sibilante y bronquial.—Como á los dos meses muere S. con una abundante hemoptisis.

Autopsia, 16 horas despues de la muerte.

Hipertrofía exéntrica con lesion de las válvulas. El corazon pesaba 19 onzas y tenía el volumen de 3 veces el puño del individuo; el pericardio le estaba íntimamente adherido. El ventrículo izquierdo hipertrofiado; su cavidad mas amplia con mas de una pulgada de espesura en sus paredes; las válvulas sigmoideas aórticas huesosas, duras, de mas de 2 lineas de espesor, sin movimiento, insuficientes; concreciones huesosas en el origende la aorta; orificio de las coronarías pequeñísimo; válvula mitral engrosada, con estrechez del orificio que guarnece. El hígado tenía un color gris amarillo; parecia que la substancia roja habia desaparecido como en la Cirrosis. El pulmon tenia tres ó cuatro induraciones hepáticas.

fuelle, (1) son continuos ó intermitentes (rara vez), únicos ó multípises, de *vaiven*, isócronos ó no á los ruidos normales que obscurecen, alteran ó hacen desaparecer completamente; por último son variables en intensidad y duracion, mudando de carácter de un dia á otro.

A veces no se presenta el ruido de fuelle, pero entonces hemos observado, que existe un *no sé que* de anormal en los ruidos naturales del corazon, una aspereza tal en su timbre que revela el estado enfermo de los orificios y que permite al práctico anunciar la pronta aparicion del ruido de fuelle.

Muchos autores, *Grisolle* entre otros, no dán la importancia que *Bouillaud*, al ruido de fuelle áspero en la estrechez, pues dicen, que se encuentra en otros estados morbosos como en la anemia, clorósis, palpitaciones nerviosas etc., y que falta en las lesiones de los orificios del corazon. Nosotros principiamos nuestros estudios bajo esta creencia que despues abandonamos, por que en ningun caso de estrechez nos ha faltado, lo mismo que á *Bouillaud* que, aunque cita uno, no debe tenerse en cuenta. El ruido áspero de fuelle, cuando se nos presenta de un modo constante en nuestras exploraciones diarias, es para nosotros un signo evidente de que alguna lesion afecta á las válvulas. Y creemos fácil distinguirlo del que se observa en la anemía y clórosis, pues en estas no tiene ese carácter áspero que en la estrechez, siendo al contrario suave, y coincide, como lo dice *Bouillaud*, con los ruidos musicales, contínuos, de *doble corriente,* de *diablo* que se observan en las arterias, y de los cuales trata la carta de Blancas. Las palpitaciones nerviosas, sabemos que desaparecen inpensadamente, y no pueden, por esto, confundirse. (2)

Otro importante signo que nos suministra la auscultacion, es una aberracion particular del juego del corazon. No queremos hablar aquí de su desórden, tumulto é irregularidades en el curso de sus evolucio-

---

(1) Se concibe que estas modificaciones estarán en relacion con la naturaleza de las degeneraciones de tejido, con el grado de estrechez y la fuerza de contraccion.

(2) Conocemos un caso curiosísimo de clórosis tomada por vicio orgánico del corazon en una señorita distinguida y que nosotros hicimos desaparecer con el hierro. Una justa reserva nos impone el silencio sobre los detalles de este hecho.

nes, sino de aquel fenómeno en que uno de los ruidos se duplica ó triplica en tanto que el otro permanece único, siendo siempre, dice *Gendrin*, el sistólico el que conserva la unidad, por que, añade, la contraccion ventricular no puede dividirse en tanto que la distension sí. La determinacion de este fenómeno se debe á *Bouillaud* que ha tratado de representarlo así : tic . . . tac, tac . . . tic . . . tac, tac. Se vé pues que es una imitacion bastante buena del ruido del martillo sobre el yunque de los herreros. Otro autor, que no recordamos, lo compara al sonido del esquilon. En el enfermo nº 2 de la sala 2ª que hemos citado, lo notamos así, y tratamos de formularlo. Nos parece que estaba bien representado de este modo tic . . . tic . . . tac, tac, tac. *Bouillaud* dice que á veces este ruido repetido imita la llamada del tambor. Solo lo ha encontrado en los casos de estrechez orgánica del orificio aurículo ventricular izquierdo, lo mismo que *Gendrin* : así le dá mucha importancia, y cree, que si posteriores investigaciones lo confirman debe erigirse una *ley* respecto de él. *(Nosog. t. 1º pag. 385)*. No podemos pronunciarnos, por que de dos casos que hemos observado, el uno salió del Hospital : en el otro sí lo confirmamos. *(Véase la obs. de la nota B)*.

El ruido *aurículo-metálico* es un fenómeno mas comun en las estrecheces que en la hipertrofía. Ya hablamos de él.

Algunas veces, los ruidos anormales son incomparables, y ninguna descripcion puede darse de ellos sino la observacion directa como lo dice *Andral* en el 3er tomo de su clínica.

Todos estos ruidos preternaturales, se sienten en una estension varia de la region precordial, pero son siempre mas marcados hácia el sitio conocido de los orificios. Cuesta mucho observarlos cuando la respiracion es muy alta y frecuente: entonces se la hace suspender por un momento. Las palpitaciones frecuentes y tumultuosas estorban asi mismo su manifestacion. Moderándolas, por los medios á propósito se llega á poder apreciar los ruidos morbosos. Otras veces estos ruidos son tan evidentes que se oyen á alguna distancia del pecho, cuando poco á poco se retira el oido. Las demas modificaciones que sufre el corazon respecto de su fuerza impulsiva y de la extencion de sus latidos los hemos mencionado ya, y no volveremos sobre ellas.

Síntomas simpáticos reaccionales ó generales.

En este órden estudiaremos succesivamente el *hábito exterior*, la *circulacion*, *respiracion*, *innervacion*, *secreciones*, *digestion*, y *calorificacion*. Antes diremos dos palabras sobre las *sensaciones locales* que nos habiamos olvidado. Algunas veces un sentimiento de peso, una ligera incomodidad y la molestia de las palpitaciones son las únicas que se experimentan. El dolor no existe casi nunca.

Hábito exterior. Los individuos afectados de enfermedad orgánica del corazon, presentan en su fisonomía ciertos rasgos casi imposibles de describir que imprimen á su rostro un carácter particular, y que muchas veces guiados por él hemos diagnosticado y visto diagnosticar estas afecciones. La *facies propria* debe llamar la atencion del médico : ofrece dos variedades que es preciso conocer. En ambas la cara es abotagada, vultuosa, los ojos son salientes, y, ó presentan una coloracion roja y la piel está surcada por capilares engrosados (hipertrofía, primer grado de las lesiones valvulares) ; ó bien es pálida y los labios, la nariz, á veces las orejas, y párpados, están morados, lívidos, ofreciendo estas partes una temperatura baja (grado adelantado de las lesiones valvulares.)

El resto de la superficie del cuerpo se halla infiltrada, surcándolo venas azules, dilatadas, siendo esto mas notable en las del cuello. Muchos otros signos de que ya hemos hablado, tales como la elevacion de la region precordial, el batir del corazon y de las carótidas, etc.; y otros de que hablaremos como la ingurgitacion del hígado, la dispnea etc., puede apreciarlos el médico en el exámen exterior por un golpe de vista rápido.

Circulacion. El pulso ofrece grandes variedades en estas afecciones. Es lleno, duro, vibrante y regular en la simple hipertrofía, sin que empero este carácter sea constante, particularmente cuando el mal afecta el lado derecho. Ninguna otra particularidad se observa èn la circulacion en la hipertrofía pura, siendo frecuentes é indispensables sus desarreglos en las lesiones de los orificios. En estas es pequeño, concentrado, irregular, intermitente, dícroto y siempre muy frecuente el pulso. Su pequeñez contrasta con la violencia de los latidos del corazon, y á veces es tal que

cuesta interrogarlo en la radial. Las variadas irregularidades del pulso, dependen de las del ritmo de los latidos del corazon y de la mayor ó menor libertad con que desempeñan su rol las válvulas. El pulso tambien presenta aquel fenómeno de vibracion que ya notamos en el corazon y que Corvisart solo estudió en la radial. Preséntase mas claro en las arterias próximas al corazon como las carótidas y tiene por causa, la que ya señalamos al hablar de el del corazon. Por el trastorno de la circulacion arterial, las venas se hallan ingurgitadas de sangre; experimentan dilataciones y á veces verdaderos nudos varicosos. Las yugulares ofrecen, en ocasiones, lo que se ha llamado con propiedad *pulso venoso*. En efecto, laten como arterias; este latido es isócrono al arterial y muy sensible á la vista. Es menester, para no confundirlo con la elevacion que imprimen á las venas las pulsaciones de las carótidas, poner mucho cuidado. El pulso venoso debe presentarse en otras venas que las yugulares, pero nosotros no podemos conocerlo sino en estas. Depende generalmente de una lesion de la válvula tricúspide en los casos que no puede cerrar exactamente el orificio aurículo ventricular derecho, circunstancia, que en el sístole auricular ó ventricular determina un reflujo de sangre hácia las venas cavas superiores. Se presenta tambien en las lesiones del lado izquierdo.

La dificultad que experimenta la circulacion venosa es la causa de aquel carácter peculiar que ofrece el rostro de estos enfermos. Lo mismo decimos, que lo es de las congestiones pasivas de sangre que se observan en el cerebro, pulmones, bazo, intestinos y especialmente en el hígado, y que dan lugar á síntomas fáciles de colejir: así para las del cerebro tenemos males de cabeza, pesadez, vertigos, etc. la respiracion sufre en las del pulmon, hay hemóptisis; las del bazo no dan lugar á accidentes apreciables; las del hígado, aumentan enormemente el tamaño del órgano, que sobresale muchos dedos del reborde costal, y se halla duro, resistente y doloroso muchas veces. Puede hacerse el asiento de una degeneracion, como en el caso de nuestra observacion 2ª. La dificultad de la circulacion, en general, y la del sistema de la vena porta en especial, se presentan obviamente á esplicarnos como se forman aquellas hidropesías pasivas que invaden todo el cuerpo, que ponen monstruosos á los pacientes, aumentando con las escoriaciones y la gangrena, sus dolores, y con la invasion á las cavidades esplácnicas aquella dispnea,

aquella ortopnéa horrible que desespera el corazon del médico..... Entonces todo tratamiento por la irritabilidad es impotente en razon de la inercia de los tejidos.

Respiracion. Sea por la presion que ejerce el corazon aumentado de volumen ó mas bien por la dificil circulacion, la respiracion se halla muy alterada. Es alta, frecuente, entrecortada, sufocativa y difícil, desde una ligera dispnea hasta la ortopnéa mas pronunciada. Los enfermos no pueden permanecer acostados un momento, por que parece que se ahogan. Así, guardan la posicion sentada inclinados adelante. Tienen accesos fuertes cuando marchan, por una emocion ó al caer el dia; parece que el aire les falta, que se sofocan; hacen largas inspiraciones, agitan sus vestidos ó piden que les abran las puertas. Algunos padecen tos y muchas veces arrojan sangre en los esputos. El pulmon ofrece á la auscultacion diversos rales mucosos y crepitantes dependientes de la estancacion de sangre en su parénquima y del enfisema que se forma en el curso de estas enfermedades. En las partes declives del torax la sonoridad disminuye lo mismo que el murmullo respiratorio, al paso que en las superiores se aumentan.

Innervacion. Los dolores y la pesadez de cabeza, los vertigos y deslumbramentos, los váhidos, el síncope son frecuentes en las enfermedades orgánicas del corazon.—Raros en el principio se hacen frecuentes, en el adelanto de la enfermedad y parece que están ligados á los desarreglos circulatorios.—El sueño disminuye, es agitado é interumpido por ensueños fatigosos: los enfermos se recuerdan asustados, las pesadillas los persiguen con frecuencia.

Secreciones. Hemos mencionado ya la hiperdiacrisis serosa tan abundante como constante complicacion de estas enfermedades: no volveremos pues sobre ellas, agregando sí que *Gendrin* cree que el edema aparece primero en el pulmon varias veces, causa los accidentes de dispnea y los errores de los médicos sobre el valor de ciertos remedios. Siendo difícil el diagnóstico de esta complicacion, debemos darle poco valor á la opinion de *Gendrin*. La transpiracion cutanea es casí nula, excepto en la simple hipertrofia, donde, como todas las demas funciones, parece activarse.—La piel es árida, fria, luciente; la orina escasa, turbia y encendida: esto resulta de que la diátesis serosa roba á la sangre los elementos que deberían emplearse en las otras secreciones, que como

las mucosas están disminuidas por la falta de exitabilidad. De aquí viene ó la diarréa ó la constipacion, que es mas constante. En los principios del mal habría segun *Gendrin*, una diuresis colicuativa. No están los hechos de acuerdo con esto. En cuanto á la bilis, la coloracion amarilla de los ojos indica la perversion del acto secretorio del hígado.

Digestion. Con pertubaciones tan graves en las otras funciones, la de digestion sufre à su vez; no mucho empero, pues que solo se observa lentitud en las digestiones, dispepsia, algunas veces diarréa, cuando los sujetos son débiles, y otras la constipacion.

Calorificacion. Esta funcion se halla muy alterada, y obvia es la razon desde que las respiratoria y circulatoria, están tan profundamente pervertidas.—El frio es mayor en las partes estremas del cuerpo como los pies, manos, nariz, etc.—Este síntoma nos ha parecido ser de los primeros que sienten los enfermos.

Repetimos que todos los síntomas generales que acabamos de estudiar son rarísimos, por no decir nulos en la simple hipertrofia, donde solo se nota mayor actividad funcional. Creer lo contrario, dice *Bouillaud*, sería cometer un imperdonable contrasentido fisiológico. Son constantes, en las lesiones válvulares, aunque algunas veces, faltan, aun la infiltracion serosa, que es su complicacion mas constante, como lo demuestra le observacion de la nota (C).

C---P. A. de 50 años. de temperamento nervioso y constitucion pobre, lanchero de oficio, habiendo padecido anteriormente de sípilis y estado espuesto á la intemperie, entró al Hospital en julio de 1853, con una pleuritis aguda á consecuencia de perfrigeracion y mojadura. Terminada esta infermedad se le notaron síntomas de lesion orgánica del corazon, fatiga (que le databa de 6 meses), rostro exprimiendo la ansiedad, flacura extrema, respiracion frecuente, sueño agitado, interrumpido, pulso pequeño, frecuente, desigual en las dos radiales; mas pequeño en la derecha, vibrante en la izquierda; pulso venoso pronunciado; ruido de diablo (Bouillaud) en las carótidas; latidos del corazon poco sensibles, ruido de fuelle al 2°. tiempo y de frote en la punta de corazon y ligero estremecimiento vibratorio; ninguna *infiltracion*.

Callaremos los síntomas del pulmon. Esceptuando la pérdida total del apetito, nada habia de notable en los demas órganos y funciones.

Fácil nos parece conocer que en último análisis, todas las alteraciones simpáticas de estas enfermedades, se refieren al defecto en que se halla la circulation.

De la hemorragia cerebral y de la hemóptisis activas como efecto de la hipertrofía.

Autores de mérito niegan la opinion de otros, de que la hipertrofía del corazon sea causa de apoplegías cerebrales y pulmonares—Cuando la sana fisiología nos dá la razon de un fenómeno, como en este caso, no sabemos porque se niegue ¿Quiérese algo mas fisiológico que una hemorragia cerebral por la fuerza insólita con que el ventrículo izquierdo hipertrofiado lanza la sangre?—A pesar de esto, le ha sido preciso á *Bouillaud* recopilar hechos para demostrar lo que se concibe tan bien. Como lo dice el sabio médico que hemos citado: « probar la hemorragia cerebral por la hipertrofía del ventrículo izquierdo, es probar la hemóptisis activa por la del derecho.» Nunca hemos visto la apoplegia cerebral sintomática de lesion del corazon; pero, si, una vez la hemóptisis. El individuo presentó à la autopsía una enorme hipertrofía excéntrica, general, mayor en el ventrículo derecho: el corazon lavado pesaba 18 onzas, y ofrecía varias lesiones en todas las válvulas.

Se nos hará la justicia de fijarse que solo hemos hablado de las hemorragias activas, porque en cuanto à las pasivas, son muy frecuentes

---

Abertura del cadàver 40 horas despues de su muerte (29 de setiembre del mismo año).

Hipertrofia excéntrica del corazon con lesion de las válvulas. De las lesiones del órgano circulatorio mencionaremos las mas notables: la válvula *mitral* mas gruesa, mas granulosa que la otra *(tricúspude)*, habia estrechado *mucho* el orificio que borda; de las *sigmoideas*, las pulmonares eran sanas, las aórticas muy engrosadas. llenas de concreciones cartílaginosas y huesosas particularmente en su base---Orificio ventrículo aórtico muy disminuido.

Numerosas adherencias pleurales én el pulmon izquierdo; el pericardio adhería tambien al mediastino, y este á la pleura pulmonar. (Observ. N°. 3.)

las del pulmon, en todas las estrecheces de los orificios, y se esplican por la ingurgitacion y el estancamiento de la sangre en el sistema venoso. Estas hemorragias ó las puras congestiones, se verifican con mayor frecuencia en razon compuesta del número de las estrecheces y de la insuficiencia siendo muy graves y abundantes al acercarse la muerte. (Vease nuestra nota B).

Diagnostico absoluto.

Nos parece difícil desconocer las enfermedades orgánicas del corazon de que tratamos teniendo en cuenta lo característico de los signos que les hemos asignado. La carencia de fenómenos de reaccion y de agudeza, su marcha lenta y gradual, las distinguen bien de las flegmasías del corazon con las cuales tienen algunos signos comunes. En la pericarditis, ademas se oye el ruido de roce, y la macidez del sonido que se obtiene por la percusion es menos resistente, tiene una forma inversa à la del corazon, se desarrolla rápidamente y podemos hacerla variar de sitio, variando las posiciones del enfermo, como *Piorry* lo há demostrado el primero. *(Traité du diagn. t. 1º p. 108).* Lo mismo casi se aplica á la pleurecía izquierda con derrame, cuyos signos commemorativos serán un dato excelente. En cuanto á las palpitaciones nerviosas y á la clórosis diremos — que en ambas faltan el sonido macizo y la elevacion de la region precordial : las palpitaciones vienen por accesos, y en la clórosis y anemia fuera de los signos distintivos que apuntamos en el artículo de los síntomas, se encuentran constantemente dolores nevrálgicos y otras incomodidades. Un aneurisma de la aorta pudiera imponer, mas entonces, los latidos y el ruido de fuelle ocupan otro sitio, coincidiendo con señales de compresîon de la traquca, bronquíos, esófago, etc. Ademas los aneurismas de la aorta ofrecen el raro fenómeno de que de un momento á otro, los accidentes que determinan desaparecen por los cámbios que experimenta el tumor. Cuando este es visible al exterior, un engaño no sería justificable. Presentándose ambas enfermedades, lo que es frecuente, sus signos propios las demostrarán. El enfisema vesicular cuando existe solo, no puede confundirse con una afeccion del corazon, por que el sitio de la abo-

lladura, la sonoridad, la ausencia del ruido respiratorio, la dispnea que data desde la infancia y que viene por accesiones, y los signos catarrales que la acompañan no hacen posible un equívoco. La esternalgía, á mas de que se presenta tambien por accesos, se acompaña del dolor constrictivo é irradiante. A todo esto, agréguense los síntomas generales, la infiltracion especialmente, que siempre aparece primero en los tobillos, para que jamás se produzca el engaño.

Diagnóstico diferencial segun la naturaleza y asiento de la lesion.

La hipertrofía está esencialmente caracterizada por la fuerza y la extension de los latidos del corazon, por el aumento de los ruidos, á pesar del contrario juicio de Piorry *(Ob. cit. t. 1º pag. 141 y sig.)* *Beau* sin embargo, y *Corrigan* niegan la violenta impulsion en la hipertrofía ventrícular estando sana la aurícula *(Hardy, Ob. cit. art. circul.)* — Las lesiones válvulares por los ruidos de fuelle, de escofina, sierra, etc., permanentes, por las irregularidades del pulso, el estremecimiento vibratorio, las palpitaciones y los accidentes generales que hemos anotado. El ruido de fuelle es casi constante ; y digo casi, porque *Bouillaud* cita en varios pasages de su obra entre cien un solo caso en que le ha faltado con la notable circunstancia de que entonces la estrechez era estrema. Algunos autores, digimos, *(Piorry, Chornel, Forget, Grisolle)* niegan el valor de este signo fundándose en que lo han encontrado en la simple hipertrofía, y á que cuando el tumulto de los latidos del corazon es demasiado, lo oscurece enteramente. Nosotros tenemos observados dos casos que apoyan esta doble asercion, que á pesar de eso no la aceptamos sino como rarísima, por que otros hechos propios y los de *Bouillaud* nos hacen pensar así. ¿Quién sabe si otras exploraciones nos hubieran dado á conocer el ruido de fuelle? Ademas, es una pobre argucia negar un signo por que exista otro que lo oculte. Ahora vamos á tratar de establecer el diagnóstico segun el sitio de la afeccion, declarando antes, que de nada sirve á la práctica esta precision que por otra parte es algo difícil y engañosa.

Auriculas. —Los autores convienen en que no tenemos ningun medio para conocer la hipertrofia auricular. Sin embargo, ya digimos, que *Beau* en estos últimos tiempos, ha asegurado que entonces la impulsion del corazon es mas violenta. Partiendo de su brillante teoría sobre la fisiologia del corazon y de 19 hechos clínicos analizados de la obra de *Bouillaud*, es que asigna á la hipertrofía de las aurículas este signo. (1) *Hardy* y *Behier* han hecho idénticas observaciones respecto de 28 hechos de *Corvisart*. La hiportrofía de las aurículas debe sospecharse, cuando hay estrechez de los orificios.

Ventrículo derecho. La impulsion y macidez se notan en la parte inferior del esternon. Son mas frecuentes las hemóptisis y congestiones del pulmon, las que toman un carácter activo. Los desarreglos respiratorios son mayores, el pulso no tiene la fuerza y plenitud que en la del izquierdo. En fin segun algunos, habría alguna de las variantes del ruido de fuelle. El pulso venoso se presentará en la hipertrofía excéntrica, pero este signo es mas propio de la insuficiencia de la tricúspide.

Véntriculo izquierdo. Impulsion entre la 5ª. 6ª. 7ª. y hasta la 8ª costillas—abolladura, sonido *mate* en el mismo sitio ; ruidos secos, prolongados ; pulso lleno, vibrante ; animacion de las facciones, rostro vultuoso y rubicundo ; males de cabeza, congestiones cerebrales, zumbido de oidos, calores á la cara, epístasis,

Hipertrofía simple. Golpe seco del corazon, impulsion fuerte, ruidos oscuros que no se oyen en una grande extension como en la excéntrica.

Excéntrica. Grande extension de la macidez, de la abolladura y de los ruidos que son claros, bruscos y secos ; palpitaciones á veces ; pulso lleno, fuerte, y vibrante, mas que en ningun otro caso, cuando es en el ventrículo izquierdo.

Concéntrica. Poca extension de los signos percibidos por la palpacion, percusion y auscultacion ; ruidos sordos, profundos, porque la es-

---

(1) Hemos mencionado y mencionaremos con cierta complacencia las ideas de Beau. Es porque concuerdan con nuestras observaciones y con algunos ensayos de viviseccion que hicimos ahora tres años asociados con nuestro amigo y compañero el señor Rodriguez.

pesura del ventrículo es poco favorable á su trasmision ; pulso frecuente, vibrante y pequeño.

Orificio auriculo ventricular derecho.— Como las lesiones válvulares son inmensamente mas frecuentes en el corazon izquierdo que en el derecho, dice Bouillaud, que cuando se hayan conocido habrá muchas probabilidades para excluir á estas en ciertos modo del diagnóstico. En las degeneraciones de la válvula tricúspide y la estrechez del orificio que borda, el ruido áspero de fuelle y el estremecimiento vibratorio óyense durante el 2º. tiempo (al 1º. segun Beau) y tienen su asiento en la parte interna de la tetilla, sobre el esternon, siendo menos intensos y prolongados. Cuando hay insuficiencia, el pulso venoso es muy pronunciado.— Siempre existirán signos de hipertrofía del ventrículo derecho.

Orificio pulmonar.— Ruido de fuelle al primer tiempo, que tiene su asiento en el sitio de la artería y parece mas superficial *(Piorry)* ; pero con justicia se ha objetado, que no puede aplicarse el oido y ni aun el stetóscopo á esta artería. *Corvisart* había dicho que ya era imposible *tactar* la artería pulmonar.

Orificio auriculo ventricular izquierdo.— Los ruidos morbosos se oyen al lado izquierdo del esternon entre las costillas 3ª. y 4ª. ó 4ª y 5ª. siendo isócronos al 2º. tiempo al que parecen reemplazar (segun lo han observado Beau y Fauvel un poco antes del 1er. ruido normal al que pueden sofocar) ; y se dilatan hácia la punta del corazon. Estando tan próximos unos á otros los orificios del corazon, es difícil determinar su sitio y decir cual es el enfermo ; pero el uso frecuente del cilindro puede hacer al oido muy inteligente. En los casos de insuficiencia, el ruido anormal, que conserva mas los carácteres del de fuelle, se verificaría al 1er tiempo ó habría un doble ruido de fuelle resultante del *va* y *ven* de la columna sanguinea. Mas digámoslo de una vez por todas, que nosotros creemos con *Bouillaud (t. 2º. p. 222)* y en contra de *Gendrin* que el isócronismo de los ruidos normales con el sístole ó diastele del corazon no tiene por si solo valor ninguno, pues en los casos de estrechez de un mismo orificio, el ruido se oye ya en uno ya en otro, proviniendo de aquí tambien la confusion que se nota en los autores. El pulso es pequeño, por que la fuerza de la corriente sanguinea se debilita por la insuficiencia de la mitral.

Orificio aórtico.—El ruido de sierra ó de fuelle que se prolonga hácia

la aorta y las carótidas, el estremecimiento vibratorio, se perciben mas intensamente en la parte interna y superior de la tetilla, al nivel del borde inferior de la 3ª. costilla y durante el 1er. tiempo ó en seguida de este segun *Beau*. En la estrechez de este orificio, es en donde mas se ha notado, el estremecimiento vibratorio que se transmite á las arterías. El pulso es mas pequeño, irregular é intermitente que en las estrecheses del otro orificio izquierdo (veánse las observaciones 2ª. y 3ª. que hemos estractado en las notas B. y C. de esta tésis. La descomposicion de uno de los ruidos normales del corazon en dos ó tres, cuando es el 1er. ruido el que está descompuesto pertenecen á las lesiones delas válvulas sigmoideas aórticas; cuando es el 2º. á las de la mitral *(Bouillaud)* (Veáse nuestra 2ª. observacion, nota B.) El ruido de *va* y *ven* es para *Gendrin* un signo patonogmónico de la insuficiencia de estas válvulas. Beau, afirma que los ruidos anormalcs del 2º. tiempo dependen de la insuficiencia de las sigmoideas aórticas (Vease nuestra nota 3ª., B.) Cuando muchos orificios están estrechados el analísis atento de todos los signos pudiera conducirnos á la exactitud de un minucioso diagnóstico, pero frecuentemente resulta en estos casos una confusion tal, de ruidos y palpitaciones, que imposible nos es descomponer para referirlas á sus causas verdaderas.

El sitio del ruido, sobre todo, es á nuestro entender, el dato mas seguro. Y es preciso tener en cuenta, que el ruido anormal sofoca al fisiológico, el que, *no es una degeneracion de aquel (Beau.)* Por eso conviene buscar atentamente á este, y una vez hallado habremos adelantado mucho. Mas, cuantas existe un doble ruido que todo lo oculta! Littré ha insistido sobre esto y aconseja la indagacion por separado del *tic, tac* de cada mitad del corazon. Cuan difícil es esto! por que ambos son á un mismo tiempo y por que la línea que separa las dos órdenes de cavidades es muy pequeña. Sin embargo, puede hacerse esta investigacion con suceso en los casos en que una de las cavidades derechas ó izquierdas estuviera sana. Dirigiendo el oido á ese lado se percibirá el *tic, tac* normal en tanto que los ruidos morbosos en el opuesto.

Para terminar diremos que Littré ha establecido la siguiente tabla para el diagnóstico que nos ocupa, cualesquiera que sea la teoría que se adopte, lo que no es cierto, pues es contraria á algunas observaciones de *Beau* como á su teoría.

Orificio auriculo ventricular	Estrechez *1er.* ruido *natural; 2o. mórbido.* *Insuficiencia válvular 1er.* ruido *mórbido; 2o. natural.*
Orificio arterial.	Estrechez, *1er.* ruido *mórbido; 2o. natural;* *Insuficiencia válvular 1er.* ruido *natural; 2o. mórbido.*

En cuanto á la naturaleza de la degeneracion de las válvulas se puede sospechar por el timbre y carácter de los ruidos, aun cuando todavía no se han fijado bien las condiciones fisicas del corazon que corresponden á los diversos ruidos mórbosos. Nosotros no hemos observado sino las degeneraciones cartilaginosas y las llamadas impropiamente huesosas, razon por la cual solo extractaremos lo que la esperiencia ha enseñado á *Bouillaud*, que se confirma por lo que hace á nuestros hechos y que la inducion fisiológica enseña. El timbre seco, duro, apergaminado coincíde con el estado hipertrófico y rígido de las válvulas izquierdas, especialmente de la mitral. Beau y otros niegan esto, en lo cual me parece tienen justicia, porque está en contradiccion con su teoría. El de rueda áspero, prolongado con el estado mas bien fungoso que hipertrófico y compacto de las válvulas. Cuando este ruido se vuelve de fuelle, se debe á inscrustaciones ó vegetaciones desarrolladas en sus superficies sin que se alteren sus movimientos—Siempre que los conservan, los ruidos normales del corazon no desaparecen á menos de complicaciones : existiendo estas (estrechez, rugosidades, insuficiencia), coinciden con los ruidos de fuelle,escofina ó sierra que se oyen en la estrechez—(*Mal. du cœur to. 1o. p. 165 y sig.).* Haremos la observacion de que *Bouillaud* parte de la teoria de *Rouanet* sobre los ruidos cardíacos, razon por la cual *Beau* no está conforme con estas vistas y quiere que se busque en otras condiciones del corazon ciertas aseveraciones de *Bouillaud* cuando habla de las modificaciones del timbre de los ruidos.

Las diversas variedades del ruido de fuelle sirven para determinar las condiciones de la estrechez. En la que emana de induraciones cartilaginosas, cretaceas y rugosas los ruidos son ásperos, de escofina, etc, y coinciden con contracciones enérgicas : cuando son escesivas se nota el silvido musical, último tono del ruido de fuelle. Este, propiamente dicho, se debe al engrosamiento fibroso sin desigualdades, á una mediana es-

trechez, á las dilataciones de las cavidades y á contracciones poco energicas *(Bouillaud ob. cit. t. 1º. p. 187)*. En la insuficiencia, los ruidos son siempre mas suaves y débiles.

Respecto al diagnóstico diferencial de otras enfermedades del corazon, como la ruptura de sus columnas, los tumores que pueden asentarse, el verdadero aneurisma, etc. no lo hacemos por que no tienen signos propios.

Marcha, duracion, terminaciones.

El curso de las enfermedades que estudiamos es esencialmente crónico, como ha podido inferirse por todo lo que hemos dicho hasta aquí. La hipertrofía, libre de toda complicacion, se forma sin que lo notemos, crece y llega muchas veces á un grado considerable, sin producir accidentes. *Gendrin* y *Bouillaud* repiten en varios pasajes de sus obras que la hipertrofía pura y simple, á penas es una indisposicion.—No obstante, la excéntrica no es tan inocente, bien que hemos visto tres ó cuatro casos de grandes hipertrofías que databan de largos años sin que acusáran los pacientes otra molestia que la fatiga por los ejercicios ó emociones. Esta fatiga, esta ligera dispnea que se esperimenta la primera vez al hacer un esfuerzo, al subir una escalera, despues de una corta marcha, es el signo que primero se nota. Es mas frecuente en las lesiones válvulares, en las cuales, ha permanecido este síntoma, despues de la desaparicion de una endocarditis aguda. La dispnea, que los enfermos designan con el nombre de *falta de aliento*, se hace poco á poco continua y presenta exacervaciones, que poco graves y numerosas al principio, adquieren una frecuencia mayor y un riesgo de inminente sofocacion, cuando el mal avanza. Entonces viene el edema á los tobillos, que desaparece varias veces para luego hacerse constante, invadir los miembros y encontrarse con los derrames que se forman en el vientre y torax. El infarto del hígado se pronuncia y la *facies* es característica. Algunas veces, dicen los autores, existen estrecheces adelantadas sin que se presenten los fenómenos generales hasta mas tarde. Siempre faltará la prueba de esta asercion y es mas fácil concebir una degeneracion aguda que una latencia tal. Con todo la observacion 3ª. de la nota C—prueba que pueden existir graves lesiones válvulares sin mas síntomas generales que la dispnea

y la frecuencia del pulso. En el último periódo del mal se presenta un cuadro de síntomas imposible de trazar. La ansiedad atormenta á los enfermos; su rostro expresa el terror, los ojos están saltados, huraños, se obscurecen, hay deslumbramientos; las narices se dilatan, las espaldas se alzan, el enfermo se inclina hácia adelante, todo el tronco se expande como para respirar y la sofocacion llega á su último grado. Entonces sobreviene una agitacion extrema, el paciente agita sus vestidos y sus miembros, la *jactitacion* viene y por fin la muerte entre una dolorosa agonía, en que los desgraciados acusan á la médicina y al médico de una manera, como dice *Corvisart*, que lastima mas el corazon que el amor-propio. Estos accidentes, llamados vulgarmente de asma, se presentan antes del término fatal, varias veces de modo que parece vá á sucumbir el enferno, cuando se disipan, produciendo en su ánimo una esperanza ilusoria que otro ataque mas terrible destruye. Nadie ha descrito con rasgos mas vivos este cuadro doloroso que Bouillaud á cuya obra nos referimos.

La duracion es muy variable. Hemos visto enfermos afectados gravemente con estas lesiones que habian llevado largos años la enfermedad; (Véase nuestra 1ª. obs. en la nota A); otros al contrario sucumbieron á los 5 ó 6 meses (V. la obs. 3ª. nota C.) y hasta á los dos segun lo vimos en un francés en la clínica el último invierno. No creemos pues que se pueda fijar una duracion media á estas enfermedades que hemos visto durar entre los extremos de 2 meses á 20 y 30 años. En el momento de entrar esta hoja á la prensa existe en el nº. 8 de la 2ª. sala de clínica médica un enfermo con todos los signos de una grave afeccion del corazon, que hace 25 años que lleva. Empero no nos alejariamos de la verdad diciendo que la duracion media de estas enfermedades, escepto la simple hipertrofia, es de dos á seis años; y que las lesiones todas del lado derecho son mas graves. Sabemos que en esto estamos en oposicion á Chomel y a otros autores, mas no importa, esa es nuestra creencia.

La terminacion inevitable y fatal de estas enfermedades es la muerte... *Hæret lateri lethalis arundo*, es el epígrafe demasiado justo de la obra del gran *Corvisart*. Esceptuamos á la hipertrofía sin complicacion como ya se supondrá. La muerte sobreviene ya en un acseso de dispnea; ya por asfixia lenta, durante un síncope, ó por una apoplegía cerebral sanguinea ó serosa como en el caso que cita Andral en la página 132 del

3º. tomo de su clínica, 3ª. edicion; ó por una hemoptisis como ya lo hemos visto varias veces (V. la obs. de la nota B.). No hemos visto la pneumonia como terminacion de estas enfermedades; pero si varios focos endurecidos del pulmon—(V. la obs. citada). Hemos hablado en otro lugar de las apoplegías. Diremos dos palabras sobre la gangrena como terminacion de las lesiones nutritivas del corazon. Los antiguos la admitieron, mientras la niegan la mayor parte de los contemporaneos. No diremos que sea comun, pero no vemos razon para no se produjera. La caquexia serosa, fuera del desórden de la circulacion, es propia para favorecerla. Un hecho clínico viene en nuestro apoyo, aunque nos bastaría citar los irrecusables de *Gendrin*. Todos hemos visto un enfermo con una gangrena de los miembros pelvianos que se presentó al Hospital General durante los frios del mes de julio en el servicio del Dr. *Montes de Oca*. Eh bien! este enfermo tenia todos los signos de hipertrofia con estrechez de los orificios izquierdos; y aunque el frio fué la causa determinante de la gangrena, creemos que no hubiera venido sin la afeccion del corazon. Este hombre era Sanguineo, bien constituido y contaba mas de 50 años. Sensible es que no hubieramos hecho la autopsia, pero la familia habia reclamado el cadáver.

Pronóstico.

Despues de lo que hemos dicho tantas veces inutil es insistir sobre la gravedad de estas enfermedadas. El pronóstico de poco cuidado en la hipertrofia pura y simple, se hace muy serio en la excéntrica y del todo mortal en las lesiones valvulares. Es mucho mas grave en las que suceden á la endocarditis, por su rápida marcha. Las induraciones cartilaginosas y huesosas están fuera de los recursos del arte. La hipertrofía con dilatacion de los orificios, el excesivo estrechamiento de estos, la pérdida de los movimientos de las válvulas y la insuficiencia son circunstancias gravísimas. — La concomitancia de varias lesiones es otro signo de mal agüero en razon compuesta de su número y naturaleza.

No creemos, á pesar de los hechos de *Laennec* y *Bouillaud*, que la hipertrofía se cure, mayormente cuando esta adelandada. Uno de los del

primero parece concluyente, por que hubo la prueba anatómica. Nosotros pudieramos tambien lisongearnos de haber observado esta terminacion, por que en dos casos hemos visto desaparecer los signos de hipertrofia, y el Dr. *Fernandez* debe recordar un enfermo que durante el invierno estubo en el n.º 2. de la sala 2ª. y que salió al parecer bueno; pero no nos alucinamos, y creemos únicamente que el reposo, el tratamiento, moderaron los accidentes, pues no concebimos que un tejido hipertrofiado vuelva á su estado normal, mucho mas cuando no podemos obrar sobre el órgano. Que baste esto de refutacion á los que invocan los hechos de las atrofias parciales. En nuestros casos ha faltado la prueba anatómica, que talvez se obtenga con el tiempo, desgraciadamente, en favor de nuestra creencia, si aquellos enfermos vuelven al Hospital como lo creemos.

Tratamiento.

Nadie cree ya en las maravillas del famoso método de *Valsalva* y *Abernetty* y es estraña la celebridad que adquirió en el mundo médico cuando á decir de *Corvisart,* sus creadores, solo publicaron dos ó tres curaciones. Prescindiendo de su barbarie se le ha criticado con razon de que aumentaba las palpitaciones por la influencia del sistema nervioso deprovisto de su exitante vital. No tenemos mas que echar una mirada sobre la anemia y la clórosis, enfermedades en que la sangre está en defecto para convencernos del estado morboso-simpático del corazon que determinan aquellas afecciones, hasta el grado de confundirse con una orgánica del corazon. ¿Cómo pues aplicar á una enfermedad, un remedio que podemos decir que la produce? otro grave inconveniente del método de *Valsalva*, es que, disminuyendo la parte sólida de la sangre, aumenta el suero, desequilibra el sistema absorvente, y activa consiguientemente las infiltraciones; circunstancias que ademas de acelerar la muerte, aumentan el padecer del infeliz enfermo. El método de *Valsalva* está pues contraindicado aquí, por irracional y contrario á la práctica. Ciertamente, ¿qué justificacion tiene aquel sistema curativo en que se trata de obrar sobre el corazon y que para conseguirlo se destruyé todo el organismo? se pretende atrofiar por los evacuantes sangui-

neos el corazon? bien está; pero al mismo tiempo no se atrofiarán el cerebro, pulmones y todas las demas entrañas?

Sin embargo, cuando la hipertrofía es incipiente ó poco considerable, cuando las lesiones valvulares suceden á un estado flegmásico, cuando aun se sospecha este, se obtendrán felices efectos de las emisiones sanguineas aplicadas prudentemente. El método de *Bouillaud* de sus sangrías *coup sur coup*, como él dice, aunque no lo hemos esperimentado, nos sonríe mucho. Si las emisiones sanguineas, moderadas entiéndase, no hacen desaparecer la hipertrofia, la detendrán en su curso, y con ellas resolveremos las lesiones válvulares flegmásicas. Nos parece oportuno en este lugar insistir sobre un punto de la patalogía del corazon que ha ilustrado *Bouillaud*. Las lesiones orgánicas de esta víscera, son en muchísimos casos consecutivas de su flegmasia ó de la pleura, segun nuestro juicio: nunca seremos, pues, demasiado enérgicos en combatirlas por el régimen antiflogístico, so pena de verlas terminar por una dolencia de la cual se puede decir con razon, que es el oprobio de la terapéutica.

Morgagni se prometió buenos efectos de los baños calientes. Concíbese fácilmente el modo de obrar de estos, y por lo mismo las esperanzas de aquel sabio médico, pero en el dia solo se cuenta este método entre los paliativos.

Hemos oido en un exámen de la facultad elogiar al hierro por un médico de Florencia, que mira á la hipertrofía como una aberracion nutritiva y á aquel agente como el regulador de la nutricion. Nosotros no le disputaremos estas ideas, se las concedemos, si lo quiere; pero si le objetaremos que en la hipertrofía del corazon, no solo hay aberracion nutritiva sino una alteracion profunda en la textura íntima del órgano, producida por aquella causa, es verdad, pero que ni el hierro, ni ningun regulador, ni *fundente* es capaz de cambiar en el sentido de la normalidad Si fuéramos mas severos, diriamos que tenemos los hechos en nuestro favor para proscríbir al hierro, pues conocemos la termiuacion fatal de estas enfermedades, en mas de seis casos en que fué usado en distintos servicios del Hospital General, posteriormente á aquel exámen; pero diremos que esa era la suerte que les tocaría inevitablemente y ni siquiera acusaremos al hierro de haberla precipitado, como pudieramos. ¿Qué decir de la idea de *Giacominí* que ve en el hierro un poderoso hiposteni-

zante? Por cierto que tenemos curiosidad de saber si el Dr. *Soldati* partía de esta idea.

Hemos dicho antes fundente, y esto nos conduce á negar al iodo su accion en el corazon. No díremos lo mismo del mercurio, cuando es de sospechar que el venereo se ha localizado en el centro circulatorio. En apoyo de esta idea citaremos el testimonio de *Corvisart (ob. cit. pag. 217)*.

Hemos hablado ya de los métodos que se han dado como curativos radicales de las afecciones orgánicas del corazon, criticándolos por su ningun valor. Nada hemos dicho del uso de la digital, de los diúreticos, drásticos y antiespasmódicos porque no miramos estos agentes sino en el número de los paliativos, como muy á propósito para ejercer la medicina de síntomas.

La medicacion sintomática, dirijida por un espíritu ilustrado y un recto juicio es la verdadera, la única medicacion de las enfermedades orgánicas del corazon. A la cabeza de todos los medios colocamos, como el mejor, despues de la interdicion de las causas, un buen régimen dietético y una higiene conveniente. Si pesa sobre el espíritu del enfermo algun pesar violento, se procurará desviarlo de él por los medios que sugieran al médico su instruccion y la posibilidad de su cliente. Cuando sea el terror el que obra, debe usarse igual conducta interpelando la filantropia de los que mandan ó moviendo su corazon por los otros medios que dicte la experiencia. A los individuos cuya suceptibilidad los disponga á las emociones, se les recomendará huir de caer en ellas, lo mismo que aquellos cuyo carácter irascible y arrebatado los expone á frecuentes y violentas exitaciones del centro circulatorio. Mucha importancia damos á las pasiones del alma en la produccion de estas enfermedades, y creemos que siempre el médico empezará por ellas su sistema curativo. La taréa es difícil, y muchas veces será estéril, porque las causas de aquellas pasiones vivas están fuera de nuestro alcance. ¿Qué iba á hacer el médico para estorbar el terror de la tirania del Calígula Argentino?—Baste lo dicho á nuestro objeto, que no se ocultarán á nadie todas las modificaciones que exigirán los casos.

Despues del alejamiento posible de las causas morales viene el de las físicas. Aquí aconsejaremos el abandono de las profesiones que pudieran influir, el de los esfuerzos violentos y conti-

nuos que son causa de mas de un vicio orgánico. El reposo, la quietud de cuerpo y espíritu, un régimen dulce si el sujeto es robusto, corroborante en el caso contrario; son en résumen los medios higiénicos que emplearemos con ventaja. Venimos ahora á los terapeúticos.

No volveremos sobre la sangría. Cuando las palpitaciones son violentas y frecuentes, cuando amenaza la hemorragia, enfin, siempre que hay aumento de accion del corazon, la digital se presenta como el mejor moderador de los actos circulatorios—Todos los médicos exepto *Laennec* están conformes en esto y *Bouillaud* le tiene tanta confianza que la llama el *opio del sistema sanguineo*. Nosotros adherimos á esta opinion, bien que no hemos visto emplear la digital con energia, porque regularmente la usa poco el Dr. *Fernandez*; pero aun así hemos reconocido su accion sedativa. En nuestro uso particular no vacilaremos en emplearla con profusion. La digital, empero, está contraindicada, en el concepto de *Grisolle*, en la mayor parte de los estrechamientos, cuando la frecuencia de las palpitaciones no es mucha, en razon de la desproporcion que existe entre la cavidad y el orificio para el paso de la sangre; circunstancia que exige cierta fuerza en el corazon, la cual se perdería con el uso de la digital. Estamos de acuerdo con esto, y solo añadiremos que en estos casos favorecería, por su accion sedativa la estancacion sanguinea en las vísceras. La infiltracion serosa la combatiremos con los diuréticos como el nitro, y con los drásticos como el aloes, el cólchico, etc., los calomelanos unidos á la escila y á la digital—Hemos visto buenos efectos, temporarios, por supuesto, de estos medios y de las fricciones con las tinturas de Scila y de digital, con el licor de Raspail. El calomel y las sanguijuelas al ano surtirán buen efecto para la obstruccion del hígado.

Las pociones pectorales con Kermes, las emisiones sanguineas locales, los vegigatorios y el tártaro emético son útiles para los sintomas catarrales, que complican estas enfermedades, contribuyendo á aumentar las congestiones sanguineas. Los antiespasmódicos como el laurel cerezo, el opio, el ácido prúsico, el cianuro de potasa, los éteres y otros remedios de este género convienen en los ultimos tiempos del mal paro moderar la ansiedad, los espasmos, la *jactitacion*.

En los principios, se han recomendado con justicia, los revulsivos de toda clase, sobre la region del corazon. — Usaremos el vejigatorio y el

sedal, en todos los periodos de la dolencia. — No así, las escarificaciones que proscribimos, por que determinan la gangrena.

Tales son los remedios que se han recomendado en estos casos. Ya hemos apreciado su poco valor lamentandonos de esto con toda la sinceridad que nos merece el honor de la ciencia y nuestro amor á la humanidad. Tríste es por cierto nuestra mision al lado de estos enfermos, en la mayoría de casos, en que nos vemos condenados á sufrir mil reproches injustos de la ignorancia, y lo que es peor, á ser testigos del espectáculo mas desgarrador del alma!... la ansiedad, los sufrimientos atroces de un infeliz que lucha contra aquella ortopnea sintomática de una dolencia horrible!... *Hœret lateri lethalis arundo.* Pero no desesperemos tanto de nuestro noble arte; y sobre todo no abusemos de él; pues el medico juicioso y prudente, puede con un tratamiento conveniente prolungar largos años la vida de un desgraciado que en el abandono concluiría pronto. *No abusemos de él*, hemos dicho, por que en efecto es abusar de la medicina empeñarse en solo hallar remedios entre la materia médica, cuando en el organismo, en el clima, en los alimentos, en todo lo que nos rodea, incluso nuestras pasiones, los hallamos superiores. Este principio es aplicable en toda su verdad, á las enfermedades del corazon. Sea coincidencia, sea por otra causa cualquiera, hemos observado que todos los enfermos del corazon se agrababan desde su entrada al hospital. Y esta observacion, igualmente que el raciocinio mas exacto, nos han conducido, á estabelecer, *que el plan higiénico es superior á cualesquier otro en el tratamiento de las enfermedades orgánicas del corazon.*

Al terminar esta disertacion diremos dos palabras sobre la famosa distíncion de *Corbisart,* de *aneurisma activo y pasivo.* Esta distincion, tachésele lo que se quiera, es eminentemente práctica respecto al tratamiento. Así, en el primero convienen los debilitantes, el régimen emoliente, etc. en tanto que en el segundo los tónicos como el hierro, la quina, etc.

Questiones y proposiciones sobre algunos de los diversos ramos de las ciencias médicas. (1)

Fisiología. El movimiento inferior del corazon, la proyeccion de su punta hácia adelante, es efecto del diástole y no del sístole ventrícular; el movimiento superior tiene por causa el diástole aurícular y no el diastole del ventrículo. (Beau)

Patología externa. Las heridas de las articulaciones aun aquellas con fracasamiento, no indican siempre la ablacion del miembro.—Los hechos de la Clínica del Dr. Montes de Oca, durante el asedio de Buenos-Aires nos conducen á establecer este principio.

Patalogía interna. La naturaleza de las fiebres.

¿ Está indicada la sangria en el tifus ?

A sánguinis sputo puris sputum, malum. sect. VII aph 15.

Sub cane et ante canem, difficiles sunt purgationes. Sect. IV aph. 5.

Yn principis morborum acutorum, si quid videtur purgandum purgatur.

Patología General. Las adherencias pleurales consecutivas á la inflamacion, cuando esta se ha resuelto y se absorve la serosidad, no producen el sonido mate á la percusion que dicen los autores.

Anatomía Patologica. Caracteres de la *pericarditis.*

Partos. En los casos de estrechez *averiguada* y suma de la pelvis que traeria la distocia invencible, la provocacion del parto prematuro es un deber del médico.

Terapeutica. Del uso del mercurio al exterior como preservativo de las *deformidades* que en pos de sí deja la virruela.

---

(1) Las escritas en letra itálica me han sido dadas por la Facultad.

Medicina Legal. La mision del médico legista, en los casos de envenenamiento, termina con la autopsía, para cederla á los químicos expertos.

Higiene. Del sistema hidropático como medio hígienico.

P. A. PARDO.

Buenos Aires, Enero 14 de 1854.

Esta tésis está conforme á lo prevenido por el Reglamento de la Facultad.

Vº. Bº.

FRANCISCO JAVIER MUÑIS.

Presidente de Tésis.