22555 Ley 2019

FACULTAD DE MEDICINA

DE

BUENOS AIRES

CONCURSO PARA LA

CATEDRA DE CLINICA MEDICA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CORAZON Y LOS GRUESOS VASOS.

TESIS.

Presentada el 18 *de Febrero*

PARA SER

SOSTENIDA EL DIA QUE DETERMINE EL JURÍ

POR

JOSE MARIA BOSCH

DOCTOR EN MEDICINA

Sostituto en ejercicio de la Cátedra de Clínica Médica.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS BUENOS AIRES 1863

BUENOS-AIRES.

IMPRENTA DE LA REVISTA.

1856.

FACULTAD DE MEDICINA

DE

BUENOS AIRES

CONCURSO PARA LA

CATEDRA DE CLINICA MEDICA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CORAZON Y LOS GRUESOS VASOS.

TESIS.

Presentada el 18 *de Febrero*

PARA SER

SOSTENIDA EL DIA QUE DETERMINE EL JURÍ

POR

JOSE MARIA BOSCH

DOCTOR EN MEDICINA

Sostituto en ejercicio de la Cátedra de Clínica Médica.

BUENOS-AIRES.

IMPRENTA DE LA REVISTA.

1856.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE BUENOS AIRES

T 68
MFN 1252
Bne Galeno

JUECES DEL CONCURSO

Dr. D.	Francisco J. Muñiz *Presidente*	Sres. Miembros de la Facultad de Medicina.
"	" Martin Garcia	
"	" Teodoro Alvarez	
"	" Luis Gomez *Secretario interin.*	
"	" Salustiano Cuenca	
"	" Nicanor Alvarellos	
"	" Francisco de Paula Almeira	Sres. asociados á la Facultad por disposicion Superior para entender como Jueces en este concursa.
"	" Manuel P. Peralta	
"	" Julian Fernandez	

CANDIDATOS.

Dr. D. José Gaffarot
" " Manuel Montes de Oca.

INTRODUCCION.

Al principiar el trabajo que me impone el Reglamento como opositor al Concurso abierto para la Cátedra de Clínica Médica, no puedo ménos de recordar que alguna vez he dicho á propósito de él—"que trabajaba para prepararme á entrar con alguna ventaja "en la liza, que en uno ú otro dia deberia tener lugar." La posicion en que me hallaba, era sin duda la mas propicia: desempeñaba la enseñanza de la Cátedra misma que hoy se saca á Concurso, tengo desde seis meses á mi cargo el servicio Médico que le pertenece: no faltaba pues, mas que un poco de voluntad para trabajar; esa la he tenido. No hablo del suceso con que lo haya hecho, porque tal tarea no me incumbe: los que han escuchado mis lecciones, los que han visto los resultados de la teoría demostrada por la práctica, y lo que esta haya contribuido á afianzar los principios, en los enfermos á mi cargo, sabrán cumplidamente valorar mis esfuerzos.

El Reglamento dice, que las pruebas deben ser dadas sobre las materias de la enseñanza de la Cátedra en cuestion, y como estas consisten en el conocimiento de la enfermedad en el entermo y nó en el libro

(lo que es muy diferente), me contraje á tomar apuntes de las enfermedades de las tres cavidades, previendo que llegaria el caso de usar de ellos, como lo hago ahora con las pocas observaciones que he podido reunir adaptables al asunto de esta tésis. Quizá habria podido presentar, aunque con ménos número de observaciones, un cuadro mas completo de las afecciones cerebrales.

Debo tambien advertir que las observaciones á que me refiero son, de las que he recojido, aquellas que están suficientemente garantidas, ó por haber servido en las lecciones, ó por existir aun en la Sala los individuos que son el objeto de ellas, ó por conservarse la pieza anatómica: al pié de cada una se espresará en cual de estos tres casos se encuentra.

La cuestion dada para la disertacion, aunque puesta con gran precision, es tan vasta, que se hace dificil tratarla en toda su estension en los veinte ó veinticinco dias hábiles que se fijan para hacerlo: es por esto que se notará tal vez falta de detalle en algunos puntos, á lo que me obliga la necesidad de comprender lo mas que pueda de ella para no desviarme de los términos con que se ha establecido.

Para la fácil comprension de lo que nos va á ocupar, creo indispensable entrar en algunos pormenores, aunque no muy estensos, de las funciones del órgano, haciendo notar particularmente aquellos fenómenos fisiológicos al alcance de nuestros sentidos, y cuyo cam-

bio traducen las alteraciones patológicas que vamos á distinguir.

Nos ocuparemos despues en apreciar de un modo general estos cambios, remontando á la causa que los produce.

Con estos elementos entraré á la cuestion, procurando al tratarla ser breve, y evitando toda digresion que no toque muy directamente á nuestro objeto.

Terminaré este reducido trabajo, consignando aquellas de nuestras observaciones que poseo, aplicables al fin de esta disertacion. De estas solo referiré la parte que tiene conexion con el diagnóstico diferencial; advirtiendo que si hay alguna deficiencia en lo que diga sobre el de estas enfermedades, la descripcion se completará en aquellas que se refieren á las observaciones citadas, si se consulta la parte de estas que trata del *diagnóstico razonado*.

FENOMENOS FISILOGICOS DEL CORAZON.

Podria muy bien estrañarse que creyendo necesario tratar de los fenómenos fisiológicos del órgano central de la circulacion, escuse ocuparme antes de su anatomia, estudiando su conformacion y estructura; pero no hablaré de esto, por ser tan conocida la anatomía de este órgano importante. No podria decirse otro tanto de sus funciones, en cuya interpretacion se nota divergencia de opiniones, lo que hace indispensable fijar las ideas á ese respecto; por cuanto es del modo de accion de sus diversas partes y de las causas de los ruidos que se producen, que sacaremos los principales datos para el diagnóstico diferencial de sus enfermedades.

El corazon es ingeniosamente comparado por el profesor Bouillaud (de cuyas lecciones clínicas tomamos estos detalles) á un instrumento de fìsica. Su conformacion está dispuesta de modo que se asemeja bastante á una doble bomba aspirante y espirante, y la observacion de los movimientos que alli se ejecutan, confirma aun mas lo que dejamos dicho de su estructura.

El instrumento de fìsica á que hemos aludido, se compone de un cuerpo de bomba, que comunica por orificios provistos de válvulas, con un reservorio de donde toma el líquido, y un espacio donde lo arroja. Haciendo aplicacion de lo que dejamos dicho, vemos que: el cuerpo de bomba está representado por los ventrículos, el reservorio por el sistema venoso comprendidas las aurículas, y el espacio por el sistema arterial; los ori-

ficios son los auriculo-ventriculares y ventrículo-arteriales, provistos de sus correspondientes válvulas. De modo que considerado bajo este punto de vista el corazon, representa un doble instrumento; uno para la pequeña y otro para la grande circulacion. La conformacion de todas estas partes es tal, que examinado el organo, los orificios y la disposicion de las válvulas, se puede comprender el uso á que está destinado.

Movimientos del corazon. Si se abre el pecho de un animal vivo, dice Bouillaud, y se pone de manifiesto el carazon, se ve que está animado de dos movimientos alternativos, separados por dos momentos de reposo tambien alternativos. En el primero de estos movimientos el órgano se estrecha, se alarga y dirige su punta hácia adelante (sístole ventricular), luego hace una corta interrupcion en sus movimientos (pequeño reposo); sigue á este reposo un movimiento inverso al primero, en que el órgano se acorta, engruesa y retira su punta (diástole ventricular), sucede á este movimiento una interrupcion mas larga que la anterior (gran reposo): luego esta serie de movimientos y reposos se reproduce. Se ha designado al conjunto de estos fenómenos con el nombre de *revolucion del corazon.* Estudiemos cada uno de ellos, y tratemos de apreciar su ritmo; nos fijarémos mas particularmente en los ventrículos, por ser casi inactiva la parte que toman las aurículas, aunque sea por estas que enpiezen los movimientos de contraccion.

Para ocuparnos del estudio de estos diversos fenómenos hemos de empezar por el sístole ventricular, siguiendo en esto el método que han empleado todos los que se lo han propuesto. La razon que para ello han tenido, es mui sencilla; siendo este movimiento el

mas notable de los que se van á observar, es el que mejor se puede fijar, y parece natural tomarlo por punto de partida.

El sístole es pues el primero de los movimientos que observamos. En este tiempo es, que se ve al órgano alargarse, estrecharse y enderezar su punta, por estraño que parezca ver alargarse un órgano que se contrae; pero téngase presente que este movimiento tiene por objeto disminuir la capacidad del órgano. Por lo demas, no puede dudarse, que es cuando suceden estos movimientos, que el órgano espele la sangre que contiene: si se abre una arteria, se ve que en este momento la sangre sale formando arco; si en el mismo momento se comprime una arteria medianamente apartada del corazon; se siente la pulsacion arterial al mismo tiempo que el movimiento indicado; si finalmente se estrae el corazon de un animal, todavía vivo ó inmediatamente despues de muerto, se puede aun observar la coincidencia del enderezamiento de la punta del órgano acompañando el fenómeno de contraccion. El enderezamiento de la punta del órgano y su choque en la pared torácica es el signo inequìvoco de que el sìstole es el primer tiempo de los movimientos del corazon.

El diástole sigue inmediatamente, es pues el segundo movimiento del corazon; sucede un largo reposo, cuando el órgano se encuentra en estado de replecion.

Veamos ahora lo que acontece en el interior del órgano. Los fenómenos que acaecen en el interior, son relativos al movimiento de la sangre y al de las válvulas: cuando el ventrículo se contrae, la sangre tiende á escapar por las dos aberturas que presenta es-

te, el orificio aurículo-ventricular y el arterial; el primero puede dejar escapar algun poco de ella, pero no tarda en cerrarse por medio de las válvulas; este movimiento de las válvulas tiene dos causas, la presion de la sangre y la contraccion de las columnas carnosas; cerrada esta abertura, la sangre no puede entónces pasar á la aurícula, y no queda mas que el orificio ventrículo-arterial que la deja salir, cuyas válvulas estàn dispuestas de modo que basta la presion de la sangre para deprimir estos repliegues membranosos y dejar franca la abertura. El efecto de estos movimientos es vaciarse los ventrículos, y llenarse las arterias con la onda sanguinea movida por los ventrículos. Despues de un momento de reposo el ventrículo se dilata y la sangre contenida en las arterias tiende á retroceder por efecto de la elasticidad de estas últimas, y de la aspiracion que hace el ventrículo al dilatarse: es á este movimiento retrógrado de la sangre, que es debida la tension de las válvulas sigmoideas, que da por resultado la oclusion del orificio arterial. Es tambien miéntras esta relajacion del corazon, que por efecto de ella y de la presion que hace la sangre contenida en las aurículas, se abaten las válvulas de los orificios aurículo-ventriculares, y dan á la sangre libre paso á los ventrículos.

Tales son los fenómenos de movimiento que suceden en el corazon, cuando funciona normalmente: vamos á esponerlos brevemente reasumiendo cuanto dejamos dicho.

Primer movimiento. Contraccion de los ventrículos, alargamiento del órgano, proyeccion de la punta hácia adelante y choque en la pared torácica: progresion de la sangre en las arterias y pulso arterial. A

esto sigue un reposo muy corto. El segundo movimiento consiste en la dilatacion del ventrículo, se retira la punta, ausencia de choque, no hay pulso arterial y se llena el ventrículo. Sigue el gran reposo y se completa una revolucion en los movimientos del corazon.

La comparacion que se ha establecido entre la dilatacion de las arterias coincidiendo con el pulso arterial, y el choque de la punta del corazon en la pared torácica, ha hecho pensar á algunos que este choque era un efecto de dilatacion. Lo que dejamos dicho sobre el diástole y sístole prueba bien nuestra conformidad á la idea que adoptamos; á mas de que, al establecer tal comparacion, parece que no se diera la importancia que tiene á la diferencia que existe entre un órgano esencialmente contractil como el corazon y uno que solo la posee en virtud de su elasticidad como las arterias.

Despues de lo dicho respecto de los movimientos del corazon y el líquido que contiene, vamos á ocuparnos de los ruidos que se producen cuando funciona; pero es oportuno decir ántes, que cuando este órgano en su movimiento sistólico percute la pared torácica, la parte en que lo hace y se percibe por la palpacion, es à la altura de la quinta ó sesta costilla, en un punto que corresponde al lado interno y de uno á dos traveses de dedo debajo de la tetillla izquierda, de tal modo: que una línea vertical que pase por la tetilla del mismo lado deja hácia adentro el punto donde se percibe este choque, salvo el caso en que por vicio de conformacion hubiese alguna desviacion del órgano. Es á este choque del corazon á lo que se da el nombre de *pulso del corazon*: mas adelante verémos la

aplicacion que puede hacerse de esta circunstancia á la cuestion propuesta.

Ruidos del corazon. En el estado normal y fisiológico, cuando suceden en el corazon los movimientos de que hemos hablado, se oyen por la auscultacion dos ruidos, distintos uno de otro por su timbre y la localidad en que se perciben; á cada uno de estos ruidos sigue un intérvalo de silencio, menor uno de ellos que el otro. Se ha comparado el sonido que producen con un tic-tac ó toc-tac: el último sonido con que se compara debe preferirse, por estar mas en armonia con el timbre de los ruidos.

El primero de estos que precede un momento la pulsacion arterial, es sordo, profundo, mas prolongado que el segundo, y su máximum de intensidad, se oye debajo y un poco fuera de la tetilla izquierda, un poco arriba y fuera del punto donde choca el corazon. Su timbre y la localidad donde mejor se oye comparado con el segundo, ha hecho que se le llame tambien *ruido inferior, ruido sordo.*

El segundo ruido se siente despues de la pulsacion de las arterias; es mas claro, mas corto y mas superficial que el primero; tiene su máximun de intensidad mas ó ménos al nivel de la tercera costilla izquierda, arriba y dentro de la tetilla del mismo lado. Por contraposicion con el primero se le ha llamado *ruido superior, ruido claro.*

Algunos pretenden distinguir los ruidos del lado derecho de los del izquierdo, es de esta opinion el Doctor Skoda distinguido profesor de Viena: se asigna por localidad á los primeros el borde izquierdo del esternon y su parte inferior; pero si tal distincion es posible, creemos muy dificil llegar al grado de perfec-

cion requerida para apreciarla con conciencia. En ciertas lesiones valvulares del corazon, cuando la auscultacion revela un ruido anormal en un punto dado, variando este punto, se oye algunas veces el ruido normal que en el otro punto ocultaba el anormal. Vease la observacion 4ª

Causa de los ruidos del corazon. Vamos á examinar la causa que produce los ruidos, circunstancia muy principal en el asunto que nos ocupa, por cuanto es de las modificaciones que ellos presentan en su ritmo, timbre y la localidad en que se oyen, comparado con lo que son en el estado normal, que hemos de deducir los principales elementos para el diagnóstico diferencial de las lesiones valvulares y los orificios que estas cierran.

Siendo tan variadas las esplicaciones que se han dado de las causas que producen los ruidos, y no pudiendo detenerme en el exámen minucioso de las teorías propuestas, voi á trascribir á continuacion la tabla que comprende todas ellas, tomada de la obra de Barth y Roger. Despues he de examinarlas sumariamente, adoptando de ellas la mas generalmente admitida.

Si reasumimos, dice, sucintamente las diversas teorías precedentemente espuestas, he aquí la tabla que nos presentará su análisis.—

	Primer ruido.	*Segundo ruido.*
Laennec.	Contraccion ventricular.	Contraccion auricular.
Turner.	Contraccion ventricular.	Choque del corazon cayendo sobre el pericardio miéntras el diástole.

	Primer ruido.	*Segundo ruido.*
Corrigan.	Choque de la sangre contra las paredes ventriculares, en el diástole.	Choque recíproco de la superficie interna de las paredes opuestas de los ventrículos miéntras el sístole.
d'Espine.	Contraccion ventricular.	Dilatacion ventricular.
Pigeaux. 1832.	Choque de la sangre contra las paredes ventriculares, al momento del diástole.	Choque de la sangre contra las paredes de la aorta y de la arteria pulmonar, en el momento del sístole.
Pigeaux. 1839.	Frotamiento de la sangre contra las paredes de los ventrìculos, los orificios y las paredes de los gruesos vasos, en el momento del sìstole.	Frotamiento de la sangre contra las paredes de las aurículas, los orificios aurículo-ventriculares y la cavidad de los ventrículos, en el momento del diástole.
Hope. 1831.	Colision molecular de la sangre en el sístole.	Colision molecular de la sangre en el diástole.
Hope. 1839.	Ruido de tension de las válvulas, ruido de estension muscular, ruido rotatorio en el sístole.	Ruido producido por el movimiento de las válvulas sigmoideas en el diástole.
Rouanet.	Movimiento de las válvulas aurículo-ventriculares en el sístole.	Ruido producido por el movimiento de las válvulas sigmoideas en el diástole.
Piorry.	Paso de la sangre á las cavidades del corazon izquierdo.	Paso de la sangre á las cavidades derechas.
Piedagnel.	Contraccion del ventrículo izquierdo.	Contraccion del ventrículo derecho.
Carlile.	Irrupcion de la sangre en las arterias miéntras el sístole.	Ruido producido por el movimiento de las sigmoideas en el diástole.
Magendie	Choque de la punta del corazon contra el torax, en el momento del sístole.	Choque de la cara anterior del corazon en el momento del diástole.
Burdach.	Irrupcion de la sangre en los ventrículos conteniendo aire, en el momento de la contraccion de las aurículas.	Proyeccion de la sangre en las arterias conteniendo aire, en el momento del sístole.

	Primer ruido.	*Segundo ruido.*
Bouillaud.	Enderezamiento brusco y choque de las caras opuestas de las válvulas aurículo-ventriculares, inclinacion repentina de las válvulas sigmoideas mientras el sístole.	Enderezamiento de las válvulas sigmoideas y choque de sus caras opuestas, inclinacion repentina de las válvulas aurículo--ventriculares, en el momento del diástole.
Gendrin.	Vibraciones que resultan de la colision de la sangre en el sístole.	Percusion de la sangre contra las paredes ventriculares, en el momento del diástole.
Cruveilhier.	Depresion brusca de las válvulas sigmoideas por el sístole.	Enderezamiento de estas válvulas en el momento del diástole.
Skoda.	Primer ruido ventrícular; choque de la sangre contra las válvulas aurículo—ventriculares; impulsion de la punta del corazon contra el torax.	Segundo ruido ventricular: choque de la columna sanguínea contra las paredes de los ventrículos, en el diástole.
	Primer ruido arterial: choque de la sangre contra las paredes de la aorta y de la arteria pulmonar en el sístole.	Segundo ruido arterial: choque retrógrado de la columna sanguínea contra las válvulas sigmoideas.
Beau.	Choque de la columna sanguínea contra las paredes de los ventrículos, en el diástole ventrícular.	Choque de la columna sanguínea, llegando por las venas, contra las paredes de las aurículas.
Williams	Contraccion muscular de los ventrículos en el sístole.	Choque en retroceso de las columnas sanguíneas contra las válvulas sigmoideas, durante el diástole.
Comite de Dublin.	Frotamiento de la sangre sobre las paredes de los ventrículos, y contraccion muscular en el sístole.	Tension de las válvulas semi-lunares, y choque de retroceso de las columnas sanguíneas, en el diástole.
Comite de Londres.	Tension muscular brusca de los ventrículos en el sístole, y choque del corazon contra el torax.	Oclusion brusca de las válvulas sigmoideas por las columnas sanguíneas arteriales.

	Primer ruido.	*Segundo ruido.*
Comite de Filadelfia.	Contraccion muscular de los ventrículos y movimiento de las válvulas auríclo—ventrículares en el sístole.	Oclusion de las válvulas sigmoideas por el choque en retroceso de las columnas sanguíneas arteriales.

Para esponer brevemente las observaciones que pueden hacerse á muchas de estas teorías sobre las causas que producen los ruidos, y deducir las que pueden admitirse como tales, no entraremos á observar particularmente cada una de dichas teorías: esto seria muy largo y tendria poca utilidad. Asi pues, tomaremos en cuenta los hechos porque se esplican, y refutando aquellos que creamos incapaces de dar esta esplicacion, admitirémos los que puedan contribuir mas ó menos activamente á la produccion de los ruidos.

Segun lo que dejamos dicho de los movimientos del corazon, se observa en ellos un ritmo tan constante por su modo de sucesion como el de los ruidos: las esperiencias mas numerosas establecen, que este ritmo en los movimientos se armoniza con el de los ruidos: entonces tendremos que toda teoría en que se altere esta armonía en el ritmo, como la de Laennec, Corrigan y otros, no se puede admitir como esplicacion, por cuanto se hace coincidir el primer ruido con el segundo movimiento, y vice-versa.

El resultado de esperiencias concluyentes demuestra: que las partes derechas é izquierdas del corazon se mueven simultáneamente: de aquí se deduce, que toda esplicacion que suponga que se mueven alternativamente las unas porrelacion álas otras, como en las teorías de Piorry y Piedagnel, debe desecharse, porque la esplicacion se basa en la observacion de un hecho ¡nexacto.

Los ruidos del corazon se oyen sin el intermedio de la pared torácica, haciendo la auscultacion inmediatamente sobre el órgano: esto se halla comprobado no solo por esperiencias en animales, sino en una observacion que refiere Cruveilhier de un niño, cuyo corazon estaba de manifiesto por una gran abertura de la pared torácica, y donde podia hacerse la auscultacion sobre el mismo órgano. Debemos entónces desechar toda teoría, como la de Magendie, en que de un modo absoluto se da por esplicacion el choque del corazon en la pared torácica. Se dice es verdad, en contestacion á este argumento, que si se oyen los ruidos en la auscultacion inmediata del órgano, esto depende del choque que recibe el estetoscopo cuerpo que media entre el corazon y el oido; pero Bouillaud ha podido percibir aplicando el estetoscopo sobre el corazon denudado de un animal, un ruido debido al frote del órgano sobre el instrumento, á mas del doble ruido del corazon; el Comite de Dublin en alguna de sus muchas esperiencias, ha aplicado al corazon un tubo de goma elástica y por la otra estremidad el estetoscopo, y no por eso dejaban de percibirse los ruidos, sin que pudieran esplicarse por ninguna percusion; finalmente puesto al descubierto el corazon de un animal, dice Berard, y acercando el oido á una distancia conveniente pero de modo á no tocar el órgano, se perciben todavía los ruidos. Podríamos aun añadir algunas otras razones; pero basta lo dicho para probar, que si bien es cierto, como lo creemos, que el choque contribuye á la produccion del primer ruido, es insostenible que sea debido á él solo la formacion de los dos ruidos.

La caida del corazon sobre el pericardio, propuesta por Turner para la esplicacion de uno de los

ruidos, está refutada por todas las esperiencias, que son numerosas, en que los ruidos continuaban oyéndose despues de estraido el corazon del pericardio.

En el estado normal, no existen gaces en el corazon, en estado libre: de modo que no puede admitirse la teoría de Burdach, que se sirve de ellos para esplicar los ruidos. Otro tanto debe decirse de los vapores.

La contraccion muscular ha sido tambien objeto de estudio para la esplicacion de los ruidos. Laennec, Turner y otros la admiten como causa única; algunos otros como causa auxiliar: es la última opinion la mas admitida por los que se han ocupado de estas observaciones.

La concurrencia de esta última cuusa no puede ponerse en duda, vistas las esperiencias de Williams y del Comite de Filadelfia: en estas últimas, estraido el corazon á un animal vivo, abierto, vaciada la sangre que contenia y manteniendo separadas las válvulas, se hacia oir no obstante un ruido bastante parecido al primero. Aquí pues, se ha podido aislar esta causa de produccion del primer ruido, y bajo su sola accion se ha oido algo parecido á él. Es por esta razon, y conformándonos con la opinion mas generalmente admitida, que la adoptamos como causa auxiliar.

No es sin fundamento, que en alguna de las teorías que contiene la tabla que hemos trascripto, figura en primera línea como causa de produccion de los ruidos el movimiento de las válvulas. Esperiencias muy repetidas por varios observadores, esplican el segundo ruido por el enderezamiento de las válvulas sigmoideas, y el choque que reciben de la columna de san-

gre que retrocede; en estas esperiencias, paralizando el movimiento de las sigmoideas dejaba de oirse el segundo ruido: otra razon se deduce de la circunstancia de ser el punto de su insercion, donde con mas intensidad se oye este ruido: luego viene la observacion clínica á corroborar mas este hecho, por cuanto en los casos en que existe una insuficencia por enfermedad de estos repliegues membranosos, constantemente el segundo ruido normal está remplazado por uno de fuelle anormal; de ello tenemos ejemplos en los casos 5.°, 6.°, 7.° y 8.° de las observaciones citadas.

Es mas dificil asignar el rol que desempeña en la produccion del primer ruido, el movimiento de las válvulas aurículo-ventriculares: aqui las esperiencias son poco satisfactorias, puesto que las del comite de Dublin y del Dr. Villiams, en que se paraliza este movimiento, influia poco en la produccion del primer ruido; pero es preciso convenir que en ellas no se podia obrar con la eficacia con que se procedia para paralizar las sigmoideas. Aqui tambien la patología algo nos dice, sobre la parte que toman en la produccion del primer ruido, que se altera mas ó menos en los casos, en que por enfermedad de ellas, la sangre refluye á la aurícula; diremos ademas, que es en el punto mas inmediato á ella, donde se oye con mas intensidad el primer ruido. En tónces pues, si no está tan bien probado que las válvulas aurículo-ventriculares en sus movimientos, forman el primer ruido, por lo ménos no se puede desconocer que entran por mucho en su produccion.

Respecto de los otros elementos que se hacen figurar contribuyendo á formar los ruidos, tales como el choque de las moléculas de la sangre unas con otras, el choque de esta en las cavidades del corazon y los vasos

que salen de él, &.; no nos detendrémos en su análisis, porque si bien es cierto que puede admitirse en teoría que contribuyan en parte, está muy lejos de poderse probar.

Concluirémos este análisis haciendo observar, como lo dicen Barth y Roger, que coincidiendo cada uno de los ruidos con varios fenómenos de movimiento, en la sangre ó en el órgano mismo, es racional creer que los mas ó todos ellos toman parte en la produccion de los ruidos; siendo un error el tomar uno solo de estos fenómenos para su esplicacion. Asi se notarán como coincidencias del primer ruido y causas capaces de producirlo—la contraccion ventricular probada por las esperiencias de Villiams, y el comite de Filadelfia—el choque contra las válvulas sigmoideas y la columna de sangre contenida en las arterias aorta y pulmonar—el movimiento de las válvulas aurículo-ventriculares— en fin la impulsion del corazon, que segun las esperiencias de los diversos comites contribuye á reforzarlo.

La causa del segundo ruido parece mejor establecida por las esperiencias de Hope, Villiams, Rouanet, &c.: en ellas se produce ó suprime el segundo ruido, segun que se deja libre ó se estorba el movimiento de las válvulas semi-lunares. Contribuye á robustecer mas esta creencia lo que dejamos dicho, de los casos de enfermedad de estos repliegues membranosos.

FENOMENOS PATOLOGICOS DEL CORAZON.

Despues de estudiadas las condicciones fisiológicas del corazon, diré dos palabras sobre los cambios mas notables y apreciables á nuestros medios de investigacion, que tienen lugar en las alteraciones físicas de la localidad, en los movimientos y en los ruidos que se producen por efecto de alteraciones patológicas.

Empezarémos por recordar que en el estado normal y fisiológico, segun las avaluaciones mas generalmente admitidas, la matitez normal de la region precordial es de cerca de dos pulgadas en todos sentidos: empieza hácia la cuarta costilla y se estiende hasta la sesta; tiene su máximun de intensidad hácia el centro de esta localidad. Las modificaciones de sonoridad que estan bajo la influencia de las lesiones patológicas del corazon, consisten casi siempre en un aumento de intensidad en la matitez y un aumento de la estension en que se produce; son el signo de un agrandamiento del órgano ó de coágulas de sangre que se acumulan en este. Por lo demas fácil es comprender, que los signos diagnósticos que se deduzcan de ella, no pueden tener gran valor por sí solos, porque esta matitez està sujeta á inumerables variaciones.

En sus movimientos puede presentar un aumento ó disminucion de la estension en que se hacen estos. La estension en que se percibe el choque del corazon, depende del aumento de volúmen particularmente en el vértice del órgano. Laennec esplica el fenómeno por esta causa, cuando dice: "En la hipertrofia simple y "avanzada á un alto grado, los ventrículos parece que "levantan las paredes torácicas en una estension y á

una altura mucho mas considerable." Es en estos, mismos casos que la impulsion diafragmática tiende á propagarse hasta ser percibida en el epigastrio.

La fuerza del choque está en general ligada al aumento de espesor de las paredes de los ventrículos, pues que la intensidad del choque depende de la fuerza que desarrolla el corazon al contraerse y esta de su hipertrofia, como lo ha observado Laennec, cuando dice: "La intensidad del choque comunicado á la oreja "por el estetóscopo está en razon directa del espesor "de las paredes de los ventrículos."

Lo contrario se observa en los casos de dilatacion con adelgazamiento, y el mismo Laennec se espresa á propósito de esto del modo siguiente: "Una impulsion "fuerte, debe ser mirada como el principal signo de una "hipertrofia del corazon (de los ventrículos). La au-"sencia de toda impulsion caracteriza al contrario la "dilatacion (con adelgazamiento) de este órgano."

El punto de la pared torácica que recibe el choque del corazon, varia en razon de las dimensiones que este toma cuando se agranda. En este caso no solo choca mas abajo que en el estado normal, sino que su punta se desvía hácia fuera (tambien por efecto del agrandamiento), de tal modo, que viene á corresponder el punto donde percute, sobre ó fuera de la vertical que pasase por la tetilla.

Se concibe la influencia que debe tener en la circulacion arterial, la fuerza que desarrolle el corazon al contraerse, cuando no hay obstáculo que embarace su curso; por eso es que en los casos de hipertrofia considerable se observa un pulso grande, lleno y duro, la inversa tiene lugar en los casos de dilatacion con adelgazamiento.

La fuerza que desarrolla el corazon para contraerse sobre la sagre, influye de un modo particular sobre los ruidos normales. Es asi que en la hipertrofia con espesor considerable de las paredes del órgano, aun cuando se produzcan los ruidos con mas intensidad que en el estado normal, son trasmitidos con mucha menos y como si fueran sofocados; son mas sordos y aun casi imperceptibles. Lo contrario tiene lugar, cuando hay dilatacion con adelgazamiento que se oyen entónces mas claros y fuertes.

Ruidos anormales. Hasta àqui hemos hablado de los ruidos normales, sin que las alteraciones que los producen, sean de naturaleza á cambiarlos por otros muy distintos de los que se perciben en el estado normal, y que no tienen nada de comun con aquellos: es á estos últimos que se ha llamado *anormales.*

Estos ruidos se conocen generalmente con el nombre de *ruidos de fuelle.* Preceden, acompañan, siguen ó remplazan á los ruidos del corazon; sea uno solo ó los dos. Los que dependen de las enfermedades del corazon con lesion material, son constantes; hai otros que no se encuentran en este caso, y no lo son: esta distincion se establecerá mas adelante.

Aunque tiene el nombre genérico de ruido de fuelle, está mui lejos de presentar siempre este carácter: asi es que, aunque algunas veces imita bastante bien el ruido producido por ese instrumento, otras presenta un carácter de rudeza, que ha hecho que se le compare al que produce una *escofina* que funciona, otras veces al de una *sierra* &c. Puede decirse que en general la rudeza de su timbre depende de las condiciones del tegido en que frota la sangre al pasar y de la fuerza con que esta es impelida.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DE LAS

ENFERMEDADES CRONICAS

DEL

CORAZON Y LOS GRUESOS VASOS.

Siendo el objeto de esta disertacion muy complexo, es necesario entrar en algunas divisiones para metodizar algo la esposicion que vamos á hacer.

La primera y mayor division consiste en separar las lesiones del corazon de las de los grandes vasos. Tratarémos pues separadamente las enfermedades de estos órganos diferentes.

Hariamos una tercera division, en que podrian compararse las lesiones de uno de estos órganos con las del otro; pero esta comparacion no seria sino una repeticion de los síntomas que asignemos á las enfermedades de cada uno de ellos: distincion que por otra parte, no es difícil establecer, pues que se pueden conocer, aun cuando coecsistan en el mismo individuo, como lo prueba la observacion 8ª

Asi pues, vamos á empezar por las enfermedades del corazon, para pasar en seguida á las de los gruesos vasos.

Enfermedades crónicas del corazon; su diagnóstico diferencial.

El órgano central de la circulacion puede padecer enfermedades tan variadas como cualquier otro del organismo. Así vemos que está espuesto á aquellas que consisten en una alteracion de los actos vitales

íntimos y moleculares, tales como las lesiones de nutricion, secrecion, &; padece tambien enfermedades dinámicas, que consisten en una alteracion de la inervacion, como neurosis; enfermedades físicas ó mecánicas, producidas por violencias esteriores; y finalmente vicios de conformacion.

Vamos á ocuparnos de las que por su marcha son crónicas, y harémos la separacion que mas conviene para nuestro objeto. Colocarémos en una division las enfermedades sin lesion material, sean ó nó nerviosas; y tratarémos de distinguirlas de las que son producidas por desórdenes anatómicos: distinguiremos en otras divisiones aquellas que consisten en un aumento ó disminucion de la nutricion, de las que consisten en una transformacion mas ó menos completa del órgano.

Enfermedades del corazon sin lesion anatómica apreciable.

Trataremos primero de la neurosis, *palpitacion nerviosa*: nada diremos de las neuralgias observadas por algunos, ni de la *angina de pecho* por no presentar mas punto de contacto con los vicios orgánicos, que el dolor que viene por intérvalos para desaparecer completamente. En seguida nos ocuparemos de algunas modificaciones en los ruidos normales del corazon, que dependen sea de causas transitorias en los orificios de este órgano, ó bien de alguna alteracion en la sangre.

Palpitacion nerviosa. Las palpitaciones sintomáticas de un vicio orgánico son mas frecuentes en el hombre que en la muger, se observan en la segunda mitad de la vida mas que en la primera: cuando empiezan á manifestarse siguen una marcha creciente, mas ó menos uniforme: se exacerban bajo la influencia de

cualquiera causa que pueda alterar la circulacion y respiracion. Es raro que puedan existir sin presentar alteraciones locales apreciables á la palpacion, percusion y auscultacion. A mas se presentan alteraciones mas ó menos distantes que consisten en congestiones, sean serosas ó sanguíneas.

Condiciones muy diversas de las anteriores se observan en las palpitaciones nerviosas. Son mas frecuentes en la muger que en el hombre, se afectan de ellas recien entradas á la pubertad, su marcha es interrumpida por intérvalos en que no existe el menor desórden, no se exacerban por el ejercicio, y mas bien se alivian; no se acompañan de alteraciones locales, como elevacion de la region precordial, variacion del punto donde choca normalmente el órgano, percusion mas oscura que en el estado normal, ruidos anormales; finalmente jamás se observan síntomas generales, los que no faltan en los vicios orgánicos. La sola modificacion que revela la auscultacion, es en el ritmo.

Al terminar lo que tenemos que decir sobre las palpitaciones nerviosas, no nos disimulamos las dificultades, que en casos dados se presentan, para establecer su diagnóstico con precision; en prueba de ello citamos la observacion 11ª con las reflexiones que le siguen. Esto pues hará ver, que aunque en gran número de casos la distincion es posible, hay sin embargo otros en que algo deja que desear el diagnóstico, y que es preciso librarse á la ulterior observacion del enfermo.

Ruidos anormales sin lesion material del corazon.

Hayan ó nó palpitaciones, pueden existir ruidos anormales que no espresen una alteracion orgánica. Basta solo recordar, que cuando funciona el corazon, figuran

tres elementos que conviene tener presentes, á saber: el instrumento mismo, el líquido que lo recorre y la fuerza con que se mueve. Si uno de estos elementos se altera, destruida la armonía que existe entre ellos, algun desórden puede sobrevenir y traducirse por un ruido anormal.

Se pueden producir dichos ruidos por concreciones fibrinosas que embaracen algo el curso de la sangre;por compresion de los vasosó los orificios por un tumor externo, como se observa en la hidro-pericarditis, pudiendo en este caso modificarse y aun desaparecer por la posicion que se dé al enfermo; á mas de que, teniendo presente que en esta afeccion existe una elevacion notable de la pared torácica, matitez considerable y percepcion débil de los ruidos y choque del corazon, no seria difícil establecer la diferencia; puede hacerse oir en los casos de palpitaciones, de histeria, de hipocondría; finalmente en la clorosis, la anemia, &a.

Este ruido anormal siempre es de *fuelle suave*, y si alguna vez se encuentra áspero, es momentáneamente, recuperando muy luego el timbre indicado, no sucediendo lo mismo con el que depende de un vicio orgánico, que generalmente va haciéndose cada vez mas rudo. Jamás acompaña á otro ruido que al primero: muchas veces desaparece completamente para reproducirse despues: suele tambien no percibirse en una posicion del enfermo, y sí en otra.

Como se ve, el ruido tiene caractéres que, en unos casos son diametralmente opuestos á los producidos por vicios orgánicos, y en otros presenta diferencias que lo harian aun distinguir de los que son efecto de estos mismos desórdenes materiales. Pero suponga-mos que el ruido anormal que no depende de vicio or-

gánico, tuviera tales condiciones, que diera lugar á la duda: puede hacerse en este caso la comparacion de este fenómeno local con el estado general de histeria, clorosis, hipocondría, &, y de esta comparacion resultaría salvada la dificultad. Podria suceder que el ruido anormal no dependa de una de estas enfermedades generales, entónces seria preciso asegurarse, de que no existe ninguno de los padecimientos locales que pueden producirlo : pero aun es preciso ponerse en el caso de que no dependa de enfermedad local ni general, entónces se desvaneceria la duda procediendo como hemos dicho que debe hacerse en el caso de simple palpitacion nerviosa, es decir, asegurándose de la no existencia de los otros síntomas locales de vicio orgánico, no ménos que de la carencia de los síntomas generales de esta misma afeccion.

Con lo dicho queda establecida la diferencia que existe entre una enfermedad del corazon, que reconoce por causa una *lesion anatómica apreciable*, y otra que no se encuentra en este caso.

ENFERMEDADES CRONICAS

DEL

CORAZON

QUE RECONOCEN UN DESORDEN MATERIAL.

Siendo mui variadas las enfermedades de que vamos á tratar, las examinarémos en dos grupos: las que consisten en la hipertrofia y dilatacion del órgano sin lesion de las válvulas y los orificios; y las que comprende este último caso.

I.

Hipertrofia y dilatacion del corazon sin lesion de las válvulas y los orificios.

Esta clase de lesiones comprende: las hipertrofias del corazon con agrandamiento de su cavidad (hipertrofia escéntrica); aquellas en que esta no varía (hipertrofia simple), y las en que está disminuida (hipertrofia concéntrica); finalmente la dilatacion del corazon, que puede ser general ó parcial.

Antes de entrar en el exámen de los síntomas propios á cada una de estas afecciones, vamos á esponer sumariamente el cuadro de síntomas que, ó son comunes á todas ellas, ó difieren poco entre unas y otras, ó finalmente son peculiares solo á algunas.

Es raro que estas enfermedades se muestren bruscamente; empiezan de un modo lento y por manifestaciones que apenas llaman la atencion del enfermo, siente el individuo ligeras palpitaciones que vienen con

intérvalos mas ó ménos largos, cierta opresion y dolor en la region precordial tambien pasagero, alguna fatiga al hacer cualquier ejercicio ó despues de cualquier desarreglo en la alimentacion, y cuando habla mucho y con animacion. Tiene alguna vez ensueños penosos, cuando duerme sobre el lado izquierdo. Despues de un tiempo mas ó ménos largo estos mismos accidentes se producen y exacerban bajo la accion de las mismas causas aunque obren mas débilmente.

Cuando la enfermedad ha llegado á cierta altura de desarrollo, pueden mostrarse síntomas que la revelen mas distintamente. En la region precordial se siente mui manifiestamente la impulsion del corazon, que puede ser mas ó ménos fuerte segun la naturaleza de la lesion, choca mas abajo del sitio ordinario y generalmente fuera de la vertical que pasase por la tetilla del mismo lado. La percusion da las mas veces una matitez mayor que en el estado normal: puede haber en algunos casos un poco de elevacion de las paredes torácicas en la misma region.

La auscultacion hace oir pocas veces ruidos anormales; cuando esto sucede es el ruido de *fuelle suave*, pues que los otros no se producen sino cuando hai alteracion en los orificios. Aunque los ruidos no están alterados á punto de hacerse anormales, presentan sin embargo alguna variacion en su timbre; son un poco mas oscuros, profundos y se prolongan algo mas: estos mismos caractéres varían en los casos de dilatacion simple. Pueden ser oidos en una gran estension, aunque esta circunstancia es susceptible de variar por causas diversas.

La dispnea que siempre acompaña estas afecciones, se presenta al principio de un modo irregular,

con grandes interrupciones, simulando algunas veces un acceso de asma; otras veces solo se manifiesta, cuando el enfermo hace desarreglos: en todos los casos presenta interrupciones mas ó ménos largas. Luego que la enfermedad ha adquirido cierto grado de desarrollo, este síntoma es uno de los mas penosos para el individuo que la sufre: es atacado por lo general á las noches ó persiste de un modo contínuo, á punto de no hallar otra posicion que le alivie que la de sentado, permaneciendo en ella dias enteros.

Algunas veces sobreviene un catarro que dura mas ó menos tiempo, con exacerbaciones; muchas veces es contínuo y se complica de neumonia.

Sienten los enfermos calores á la cara, están las facciones animadas, con inyecccion en las conjuntivas, hai cefalalgia, vértigos, congestion cerebral. Otras veces sucede la inversa, la cara está pálida, lívida, hai lipotimias frecuentes particularmente cuando toma la posicion vertical el enfermo.

Se producen hemorragias por las fosas nasales, hemoptisis, apoplegía pulmonar y cerebral, hematemesis. Estas hemorragias varian en las distintas afecciones, en el modo de producirse y en los caractéres de la sangre, como lo haremos observar cuando hablemos de ellas en particular.

Una complicacion mui frecuente en estas afecciones es el infarto del hígado. Se puede asegurar que en la gran mayoría de los casos que se presentan á la observacion, se encuentra este órgano mas ó ménos comprometido. Esta complicacion es de naturaleza congestiva, aunque en algunos casos esté bastante sensible el órgano para creerse una complicacion inflamatoria. A consecuencia de este incidente de la

enfermedad, las digestiones están mui desordenadas y son mui penosas.

El pulso presenta una notable variedad: puede ser grande ó pequeño, duro ó blando, su ritmo se conserva normal ó se altera de diversas maneras: en ciertos casos la flojedad de la circulacion es tal, que sobreviene un enfriamiento glacial en las estremidades, y se producen gangrenas bajo la accion de cualquiera causa local por ligera que sea. Todas estas variaciones en la circulacion tienen su cierto valor semeyotico que aplicarémos al ocuparnos del estudio particular de cada afeccion.

El edema tan comun en estas afecciones en su último período empieza generalmente por las estremidades inferiores, por las partes mas declives, y progresivamente va estendiéndose del pié á la pierna, muslo &: se encuentra esta misma infiltracion en el pulmon. Se hacen derrames de serosidad mui considerables en las cavidades de las membranas serosas. Pasemos ahora al estudio especial de cada una de ellas.

La *hipertrofia exéntrica* se distinguirá de la simple y la concéntrica, en la fuerza de las palpitaciones que son perceptibles á la simple vista aun por sobre los vestidos, mucho mas á la palpacion en que la mano recibe una fuerte impulsion; algunas veces mueve y estremece el cuerpo del enfermo mismo. La percusion da un sonido mate en una gran estension y la punta del corazon choca mas abajo y afuera que en el estado normal. Aplicada la oreja á la region precordial, siente una fuerte impulsion; los ruidos que se oyen, no son mas que los normales, exagerados, á punto de oirlos el enfermo mismo; algunas veces se

produce un ruido de fuelle, y esto sin que haya lesion en las válvulas, como lo han probado algunas autopsias. El pulso es grande, lleno y duro.

La *hipertrofia concéntrica* y la *simple* pueden distinguirse de la anterior en que, aunque la impulsion es fuerte, no lo es como en la otra; la percusion no da un sonido mate en mucha mas estesion que en el estado normal; la palpacion hace notar, que el corazon percute en el punto en que normalmente se verifica ó á sus inmediaciones; por la auscultacion se revela un ruido sordo pero no muy intenso, aunque la percusion del órgano sea fuerte. Se vé, que aunque son algo semejantes los sìntomas que dominan las dos enfermedades, es aun posible establecer su diagnóstico diferencial.

Se ha creido que podrian confundirse con la hidropericarditis; pero la circunstancia de ser lejanos los batimientos del corazon en este caso y la matitez de la region precordial mas estensa harán fijar la diferencia.

Con la endocarditis creemos inútil compararla, por cuanto esta es una afeccion de síntomas mucho mas altos, con fiebre &a., lo que bastaria para marcar la diferencia entre una y otra.

Para distinguir las aneurismas de la aorta de los vicios orgánicos, se debe tener presente, que la fuerte impulsion, los ruidos anormales y el aumento de matitez se hallan en esta última afeccion en la region precordial, y si se propagan á la aorta, tienen siempre su máximun de intensidad en la region del corazon, y no al lado derecho del esternon arriba de la tercera costilla, ó bajo la clavícula izquierda, como sucede en el caso de aneurisma de la aorta.

La dilatacion del corazon puede ocupar solo una cierta estension de sus paredes (aneurisma parcial) ó bien ser general (dilatacion general del corazon).

El aneurisma parcial, enfermedad que aunque se ve pocas veces, no es tan rara de observar que no haya podido reunirse un cierto número de casos. Se citan entre los que posee la ciencia los del Doctor Thurnam que ha reunido 84 observaciones, pero en el estado actual de la ciencia no es posible precisar su diagnóstico, por ser comunes á otras afecciones los síntomas que la revelan, y porque esta lesion anatómica se encuentra muchas veces complicada de hipertrofia parcial del corazon, como sucede tambien en los casos de dilatacion general.

La *dilatacion general del corazon* se manifiesta por los síntomas locales siguientes: matitez en mayor estension que en el estado normal, disminucion en la fuerza de impulsion del corazon, ruidos mas claros y breves percibidos por la auscultacion.

A estos síntomas locales se agregan los generales, que consisten: en una estrema debilidad en la pulsacion arterial, tendencia al enfriamiento particularmente en las estremidades, respiracion embarazada, debida á la estagnacion de la sangre, edema; suelen sobrevenir gangrenas en los casos en que una causa exterior cualquiera obra localmente; por la estagnacion de la sangre en el cerebro un estado subapoplético permanente.

Sobrevienen hemorragias pulmonares, del estómago y aun de la vegiga, pero la sangre sale por una especie de escudacion particularmente en la hematemesis, y es negra; difiere por estas condiciones de las hemorragias sintomáticas de la hipertrofia, en que la

sangre es roja, rutilante y sale con mas abundancia. Los síncopes y las lipotimias parecen estar mas estrechamente ligadas con esta clase de afeccion.

Es lo que se observa de especial en esta clase de lesion, y que pueda servir para establecer su diagnóstico diferencial.

II.

Vicios orgánicos del corazon con alteracion de las válvulas y los orificios que estas cierran.

Las diferentes alteraciones que pueden sufrir las válvulas, dan lugar á tres efectos distintos: ó esta alteracion da por resultado la induracion y aumento de volúmen del tegido de las válvulas, y estas estrechan el orificio que guarnecen; ó el aparato valvular está afectado de tal modo que no puede llenar los usos á que está destinado, permitiendo el reflujo de la sangre, sin por esto estrechar el orificio; ó finalmente la lesion patológica de las válvulas puede ser tal, que estrechando el orificio á que pertenecen, en razon de su inmovilidad, dejen abierto este mismo orificio y pueda refluir la sangre. Resulta pues, que por efecto de enfermedad de las válvulas, puede sobrevenir unas veces una estrechez en el orificio correspondiente, otras una insuficiencia, y en otras á la vez que estrechez insuficiencia.

Precedan ó no estas alteraciones valvulares á la hipertrofia del corazon, casi siempre se traducen por ruidos anormales; no decimos siempre porque numerosos hechos que posee la ciencia (observacion 1.ª), prueban que puede existir usa estrechez, por ejemplo, sin que hayan habido ruidos anormales.

Los vicios orgánicos del corazon presentan en

general alguna diferencia entre los que son producidos o coexisten con alteracion en los orificios y sus válvulas, y aquellos en que no existe esta alteracion.

Hemos dado una descripcion general de los síntomas comunes á estas enfermedades. Harémos notar que estos síntomas son mucho mas graves, cuando la afeccion depende de una estrechez en los orificios, que cuando esta no existe. En estos casos la dispnea es muy exagerada, la tos frecuente, con espectoracion acuosa, apoplegía pulmonar, hemoptisis pasiva, edema del pulmon, derrames considerables en las cavidades serosas, ensueños penosos despertando el enfermo sobresaltado, congestion cerebral, inyeccion en las mucosas, replecion de las venas yugulares, el edema se hace general, la cara se pone lívida; el pulso presenta diferencias que mas adelante harémos notar, es en estos casos que se observan mas comunmente las alteraciones mas variadas en su ritmo. Tales son en general las diferencias que, segun Littre, señala Hope para los casos de estrechez de los orificios. Ahora trataremos de establecer las diferencias que existen entre la estrechez y la insuficencia en cada uno de los orificios del corazon.

Varias consideraciones debemos tener presentes para resolver las dudas á que da márgen esta cuestion tan complicada.

El primer ruido coincide con el sístole ventricular y la sangre tiende en ese momento á salir de esta cavidad: supongamos que en vez del ruido normal se oye uno anormal, ó que sigue inmediatamente á aquel como si fuera su prolongacion, en este caso tendremos que este ruido anormal puede ser producido por dos causas; ó bien la sangre al seguir su curso ordinario

encuentra un obstáculo que dificulta su marcha y este frote produce el ruido; ó el orificio aurículo-ventricular no bien cerrado por insuficencia de sus válvulas, deja retroceder la sangre á la aurícula produciendo el ruido anormal por efecto de la misma causa, porque al fin una insuficiencia no viene á ser mas que una estrechez situada en sentido inverso al curso ordinario de la sangre. Resulta entónces, que un ruido anormal que cubre ó sigue inmediatamente al primer ruido, puede ser producido bien sea por un obstáculo en el orificio aórtico, ó bien por una insuficencia de la válvula aurículo-ventrícular.

Hemos dicho que el primer ruido normal se oye hácia el vértice del corazon; el segundo hácia la base del ventrículo, ó sea el sitio correspondiente á la abertura aórtica. Tendrémos pues, que un ruido anormal en el primer tiempo y que se oiga con mas intensidad en la base del ventrículo que en cualquiera otra parte del órgano, espresará un obstàculo en el orificio aórtico; por el contrario un ruido anormal que se oiga con mas intensidad hácia el vértice del ventrículo y colocado en el primer tiempo, revelará una insuficiencia aurículo-ventrícular.

Si el ruido anormal correspondiese al segundo normal, debemos tener presente que, cuando se oye este ruido, es cuando tiene lugar el diástole ventricular, es decir, cuando la sangre pasa de la aurícula al ventrículo y la contenida en la aorta retrocede hàcia el mismo. Entónces tendrémos que el ruido anormal es producido ó por un obstáculo en el orificio aurículo-ventricular que dificulta el acceso de la sangre al ventrìculo, ó porque las válvulas sigmoideas cerrando incompletamente el orificio arterial permiten el retroceso

de la sangre contenida en la arteria al corazon. El ruido anormal pues, colocado al segundo tiempo puede ser producido: ó por una estrechez aurículo-ventricular, ó una insuficiencia de las válvulas sigmoideas. Como para los ruidos anormales colocados en el primer tiempo, procederémos á la investigacion del sitio donde se producen los segundos, para poder fijar la lesion que lo motiva.

Puede suceder que las válvulas estén alteradas de tal modo, que á la vez que estrechen el orificio aurículo-ventricular, su falta de elasticidad no les permita cerrarla; de donde resultará un ruido de fuelle, producido por la insuficiencia de las válvulas que debian impedir el retroceso de la sangre. Hay ademas un caso en que puede presentarse un doble ruido de fuelle, cuando existiese insuficiencia y estrechez en el mismo orificio, como sucede en la observacion 7ª

Reasumiendo cuanto dejamos dicho, tendrémos: que el ruido de fuelle en el primer tiempo, que se oye con mas intensidad hácia el vértice del corazon, debe traducirse por una insuficiencia de las válvulas del orificio aurículo-ventricular; que este mismo ruido oido hácia la base del ventrículo, es la espresion de una estrechez en el orificio arterial; que el ruido anormal en el segundo tiempo, que se oye con mas intensidad hácia el vértice del órgano, espresa una estrechez del orificio aurículo-ventricular; que este mismo ruido oido hácia la base, espresa una insuficiencia de las válvulas arteriales.

Hasta aqui la teoría: ella sola ha hablado: es buena en general, pero deja mucho que desear: harémos sentir sus numerosas excepciones á propósito del diagnóstico diferencial, que pasamos á esponer.

Estrechez del orificio auriculo.ventricular.. De lo que dejamos espuesto, deduce la teoría que debe oirse un ruido anormal en el segundo tiempo y hácia el vértice de l corazon; pero puede decirse que por escepcion se verifica esto en la observacion de los hechos, y nada es mas comun que hallar en las autopsias estrecheces mui avanzadas que no se traducian por ruido anormal alguno. Todos están acordes en la esplicacion de este hecho por el descenso lento y silencioso de la sangre en el ventrículo, impelida débilmente por la contraccion de la aurícula; de modo que, no solo no es raro el hecho, sino por el contrario mui frecuente; deduciéndose de él, que la carencia de este ruido no es una razon para no admitir el diagnóstico. Puede consultarse la observacion 1.ª que se encuentra en este caso.

Como hemos dicho anteriormente, las válvulas pueden estar alteradas de modo, que estrechando el orificio sean al mismo tiempo insuficientes para impedir el retroceso de la sangre, en este caso se ha observado que el ruido anormal correspondia al primer tiempo y se oia hácia el vértice del órgano. El diagnóstico de la estrechez aurículo-ventricular en estos ejemplos de que hablamos, es difícil pero nó insuperable, cuando se toman en cuenta los síntomas generales, que en este caso tienen algo de especial para establecer el diagnóstico. Debemos tambien añadir que hoi es un hecho adquirido á la ciencia, que un ruido anormal que precede al primero ó presistólico, es efecto de la estrechez de que tratamos; así como el desdoblamiento de cualquiera de ellos. He visto un ejemplo mui notable de este último caso en el servicio del profesor Bouillaud, en que auscultando se oia mui distinta-

mente un toc—tac-tac, siendo como se ve el segundo ruido el repetido.

De todas las alteraciones de las válvulas y los orificios, la estrechez aurículo-ventricular es la que presenta síntomas mas graves: la dispnea es estremada, mucha ansiedad, edema mui pronunciado, estremidades con mucha tendencia al enfriamiento, pulso pequeño, filiforme intermitente, irregular y casi siempre frecuente.

Se vé pues que para diferenciar este caso de los otros, es preciso tener muy presentes los síntomas generales. Hope ha sido el primero que ha llamado la atencion sobre esta circunstancia, confirmada posteriormente por innumerables autopsias.

Estrechez del orificio aórtico. El signo distintivo de esta lesion es un ruido anormal mas ó menos áspero y rudo en el primer tiempo, y cuya mayor intensidad es hácia la base del ventrículo, propagándose con mas ó menos intensidad en la aorta. La apreciacion rigorosa de este signo, establece satisfactoriamente el diagnóstico diferencial con las afecciones con que puede confundirse, de ello presentan ejemplos las observaciones 2ª y 3ª.

Como síntomas generales harémos notar: que solo en el caso de ser muy avanzada la estrechez, el pulso es pequeño y blando, comunmente de ritmo regular aunque puede ser acelerado; el edema y demas síntomas graves no se desarrollan con la intensidad que en la estrechez mitral, las lipotimias son frecuentes en este caso, de ello tenemos un ejemplo muy notable en la observacion 2ª.

Puede existir con insuficiencia del mismo orificio, mostrándose ó nó el ruido anormal que por lo general

tan seguramente revela esta, en cuyo caso aun es posible la distincion comparando los síntomas. La observacion 3ª es un ejemplo de esta doble lesion, aunque la insuficiencia es solo sospechada, por no acompañarse del ruido anormal característico.

Respecto de la distincion entre esta estrechez, cuando el ruido es de fuelle suave y los casos en que no depende este ruido de lesion material, nos referimos á lo que dejamos dicho anteriormente.

Insuficiencia de la válvula mitral. Siendo esta afeccion rara, no posee la ciencia datos bien positivos para formular su diagnóstico con precision; esto es tanto mas difícil, cuanto que muy pocas veces se ha observado sin alguna complicacion en los otros orificios; Hope refiere haber observado un caso en que ella existia sola, en este caso el hecho estuvo de acuerdo con la teoría, se oía un ruido de fuelle en el primer tiempo y sin propagarse á la aorta. Puede consultarse la observacion 4ª

Insuficiencia de las válvulas del orificio aórtico. De lo que dejamos dicho, se deduce: que un ruido de fuelle en el segundo tiempo y cuyo máximun de intensidad es hácia la base del ventrículo, es el signo característico de esta lesion; la importancia de este signo en su aplicacion es tal, que Barth y Roger en su tratado de percusion dicen, *que indica casi siempre una insuficencia de las válvulas arteriales.* He tenido ocasion de verificar esto en las observaciones 5ª, 6ª, 7ª y 8ª pudiendo ademas decir que es mui fácil, aun para el oido ménos ejercitado, el percibirlo en la aorta cuando fuese dificil localizarlo en el corazon.

Sucede algunas veces que esta insuficiencia sea producida por una dilatacion de la aorta, coexistiendo

las dos afeccciones en el mismo individuo: en este caso aun es posible distinguir las dos enfermedades en el mismo individuo: la observacion 8ª ofrece un ejemplo mui notable y que puede consultarse.

La circulacion arterial en el cuello, axila &ª, por la auscultacion hacen oir ruidos anormales y baten mui visiblemente; otro tanto se observa en los miembros, en que se ve la dilatacion de las braquiales particularmente haciendo elevar el brazo. El pulso ofrece caractéres especiales, que conviene fijar; es grande, no duro, la arteria se dilata bruscamente, es el que llaman los Franceses *bondisant.* Los demas síntomas generales son poco marcados: haré notar que en tres de las observaciones que cito, ha habido catarros mui sostenidos con espectoracion formada de unos grumos amarillos estriados de sangre.

Estrecheces é insuficiencias combinadas entre sí y con otras lesiones. Se conciben las dificultades que deben presentar aquellos casos, no muy escepcionales, en que se encuentran combinadas dos ó mas lesiones, sea que existan en un mismo orificio del corazon como sucede con las observaciones 3ª y 7ª, sea que en esta complicacion estén afectados dos de ellos, ó finalmente un orificio y los gruesos vasos como se verifica en la observacion 8ª En estos casos es preciso hacer una distincion prolija de los síntomas que caracterizan cada una de estas afecciones, y comparando los dos grupos de síntomas, aun se puede arribar al diagnóstico de estas afecciones complexas: es el proceder que nos ha conducido á este resultado en las observaciones citadas, como puede verificarse consultando la parte de ellas que trata del diagnóstico razonado.

Enfermedades de las cavidades derechas del co-

razon. En todo lo que dejamos dicho de las enfermedades del corazon, solo nos hemos referido á las cavidades izquierdas; la razon que hemos tenido es que las lesiones del lado derecho son muy raras, ó que cuando existen alli mui leves, en el lado izquierdo son mucho mas avanzadas; de modo que el diagnóstico diferencial entre las de un lado y las del otro es dificil y aun imposible en su aplicacion práctica. Vamos á indicar á continuacion lo que, en el supuesto de una alteracion cualquiera en el lado derecho, nos conduciria á esclarecer el diagnóstico; haciendo, para las particularidades de ellas, aplicacion de los mismos principios que dejamos sentados para las lesiones particulares en el lado izquierdo.

En su tratado de auscultacion ha dicho Laennec: "Algunas veces en los puntos del pecho mas apartados "del corazon, no se oye mas que el ruido de un lado, "se puede entónces percibir fácilmente cuando los rui- "dos de los dos lados del corazon son desemejantes."

Este hecho he tenido ocasion de comprobarlo en el enfermo de la observacion 4.ª, en este se oyen mui distintamente los dos ruidos normales en el borde izquierdo del esternon, y todavía mejor en el epigastrio; mientras que en el lado izquierdo de la region precordial, el primer ruido está cubierto por uno de fuelle suave fácil de oir.

Este hecho anunciado por Laennec, habia tenido lugar sin que tan distinguido observador hubiese deducido consecuencia alguna práctica; mas despues que se ha tomado en consideracion, se ha creido aplicarlo ventajosamente á la distincion de las enfermedades de los dos lados del corazon, y se ha establecido: que para cerciorarse qué lado del corazon está enfermo, no

hay mas que fijar bien el punto en que él ó los ruidos anormales se oyen con mas intensidad; y si de ahí, retirándose al lado izquierdo, se oye el ruido anormal, aunque con menos intensidad, sucediendo lo inverso con los caractéres del ruido cuando se ausculta á la derecha; deduciríamos, que el corazon izquierdo es el enfermo. Cuando sea el derecho, lo contrario debe tener lugar.

En fin dirémos que en los síntomas generales deben dominar los desórdenes del aparato pulmonar por estar en conexion mas íntima con las cavidades derechas del corazon, cuando estas sean las que padecen. En estas breves palabras creemos haber espuesto cuanto se conoce sobre el diagnóstico de las afecciones de un lado con separacion del otro.

Lesiones materiales con cambio de textura del tegido propio del corazon y otras alteraciones.

Dejaríamos incompleto este trabajo, si no hiciésemos figurar todos aquellos estados patológicos del centro circulatorio, que por su marcha lenta pertenecen á las afecciones crónicas de este órgano. No ignoramos lo difícil y oscuro que es el diagnóstico de algunas de estas enfermedades, sin embargo creemos que auxiliados por un buen método podrémos alguna vez salvar tan espinosas dificultades.

Despues de lo que dejamos dicho, se comprenderá que si nos ocupamos de estas lesiones, es tan solo por hallarse incluidas en la proposicion dada; y no se estrañará el que indiquemos las circunstancias (donde las haya) que puedan hacer presumir su existencia durante la vida.

Aunque en la *atrofia del corazon* no existe una transformacion del tegido del órgano, he creido deber colocarla aqui por ser tan oscuros sus síntomas como los de las otras enfermedades en que existe. Sus síntomas propios, segun Buillaud, son: la falta absoluta de matitez ó que solo exista en una pequeña estension de la region precordial; la pequeña estension de los latidos del corazon; la debilidad de los ruidos y del choque; en fin la pequeñez del pulso y su blandura. El conjunto de estos síntomas reunidos en un individuo podrian hacer sospechar la existencia de la atrofia.

La *degeneracion grasosa*: ha sido hallada esta transformacion mas ó menos completa en enfermos que han sido víctimas de la afeccion tuberculosa; Louis la ha encontrado en individuos en quienes el hígado habia sufrido la misma alteracion. No existen síntomas que faciliten su distincion de otros estados patológicos del centro circulatorio.

La *induracion* del tegido propio del corazon que J. Frank llama *lithiasis del corazon*, ha sido conocida por muchos de los que han estudiado estas enfermedades; pero estas descripciones solo se refieren al estudio de la pieza patológica: se ha observado generalmente en individuos de edad avanzada: la degeneracion puede ser cartilaginosa ú ósea.

La afeccion *tuberculosa* se ha observado mui raras veces en el tejido propio del corazon: el Dr. Aran ha reunido cierto número de casos; pero no es posible establecer su diagnóstico.

La degeneracion *cancerosa* del corazon se encuentra en el mismo caso que la anterior: podria sospecharse su existencia en un individuo, que teniendo esta diatesis, presentase desórdenes del aparato circulatorio,

que llamasen la atencion de un modo especial.

En la *comunicacion* de las cavidades derechas con las izquierdas del corazon, segun Louis, "el signo que "puede anunciar de un modo seguro la comunicacion "de que se trata, es una sofocacion mas ó ménos con- "siderable que vuelve por accesos, las mas veces pe- "riódicos y siempre mui frecuentes, acompañados y se- "guidos de lipotimias, con ó sin coloracion azul de todo "el cuerpo, y provocada por la mas leve causa." A estos síntomas Bouillaud agrega: "la coexistencia de un "*fremissement cataire* y de un ruido de fuelle en la re- "gion precordial darian mucho valor á los signos ante- "riores, si sobre todo estos eran permanentes y no "acompañados de colecciones serosas pasivas."

No nos detendrémos en la enumeracion de la degeneracion *melánica* del corazon, de que Cruveilhier trae un ejemplo mui notable en su Anatomía Patológica; de los *quistes*, de la presencia por algun tiempo de *cuerpos estraños* en el corazon &a. Por ser mui rara la existencia de estos desórdenes, aun como hechos de anatomía patológica.

Enfermedades de los gruesos vasos; su diagnóstico diferencial.

Las enfermedades de estos órganos pueden ser muy variadas, pero no tratarémos sino de aquellas cuyo diagnóstico diferencial es posible: son las solas á que rigorosamente puede referirse la cuestion propuesta. No es pues por omision que no entraré en el exámen de aquellas, que como el reblandecimiento, la ulceracion, la inflamacion crónica, la degeneracion tuberculosa, la la cancerosa, &a., no han sido distinguidas unas de otras sino por el exámen de la pieza anatómica encontrada en los individuos que sufrian la enfermedad.

Las afecciones de diagnóstico posible, aunque no siempre, son los aneurismas y las estrecheces, la aorta es el órgano en que se ven con mas frecuencia: es alli que vamos á tratar de estudiar estos desórdenes, comparándolos con los que pueden confundirse.

No terminarémos este estudio comparativo sin decir algo sobre el aneurisma varicoso de la aorta, asi como lo que se conoce respecto de estas mismas afecciones en la arteria pulmonar.

En el aneurisma ó en el que genéricamente designamos con este nombre, se comprende: la dilatacion uniforme en una cierta estension del vaso (dilatacion de la aorta), la dilatacion parcial de una parte de su circunferencia (aneurisma verdadero), y la dilatacion á á espensas de la túnica celulosa por rotura de las otras dos [aneurisma falso].

Puede suceder que el tumor que forme el *aneurisma*, siendo pequeño, no se muestre al exterior; ó que teniendo ya ciertas dimensiones, se manifieste exteriormente: considerarémos separadamente estos dos casos.

Aneurismas formando tumor interno. Sea simple dilatacion ó tumor aneurismal lo que afecte la aorta, hallándose este órgano profundamente oculto en la cavidad torácica, es difícil apercibirse de su existencia en el principio de la enfermedad, y no puede sino sospecharse por los efectos de las compresiones que hace el tumor en los órganos inmediatos. Las palpitaciones, la dispnea, la tos y la opresion tienen poco valor para el diagnóstico, cuando no se acompañan de otros fenómenos. Cuando la compresion se hace en la traquea ó los bronquios, existe en el sitio en que tiene lugar una especie de silbido perceptible á la auscultacion; si es comprimido el esófago, se dificulta la de-

glucion; algunas veces enronquecen los enfermos, y aun se produce una afonía completa, por hacerse la compresion sobre los nervios recurrentes; finalmente las compresiones de las venas producen las várices y el edema de las partes en que estas se distribuyen: cuando esta se hace en un tronco arterial, hai tendencia al enfriamiento en el miembro correspondiente; y si es el plexo braquial el comprimido, se sienten agudos dolores que se propagan á todo el miembro superior. Todos estos síntomas tienen de especial el aliviarse en una de las posiciones que toma el enfermo, siendo esta siempre la misma: se producen con alguna intermitencia, desapareciendo casi completamente en algunos intervalos.

Todos los síntomas que hemos enumerado no tienen, como se vé, un valor decisivo para el diagnóstico; pero si á ellos se agregan los acústicos, en los casos en que sean perceptibles, se cambiarán en certidumbre todas las probabilidades, pues que auscultando se oirá en algunos casos un ruido de fuelle; la percusion seria tambien un auxiliar poderoso, pero para sacar de ella todo el provecho posible, es preciso percutir al mismo tiempo que hace el enfermo una expiracion forzada.

Sea dilatacion, aneurisma ó cambio de textura lo que exista en la aorta, su distincion de las enfermedades orgánicas del corazon no es dificil, como puede verse en las observaciones 8.ª, 9.ª y 10.ª De estos casos, dos son sin complicacion del corazon y uno de ellos complicado de un vicio orgánico con insuficicncia de las sigmoideas; y sin embargo estas distinciones han sido posibles y aun fáciles con el auxilio de la percusion y auscultacion, como alli se dirá.

Aneurismas formando tumor esterno. Cuando el

tumor se muestra al esterior, podria ocurrir la duda de que fuese esterno al vaso y recibiese de él su impulsion: en este caso conviene tener presente que el tumor aneurismal tiene en sí una fuerza espansiva que le es propia, miéntras que todo otro tumor sobrepuesto hace su movimiento por impulsion que recibe de la aorta: tambien la auscultacion haria oir un ruido anormal en un caso, miéntras que en el otro no existiria.

La *dilatacion de la aorta* se distingue de un vicio orgánico del corazon, en que por la auscultacion se percibe el máximum de intensidad de él ó los ruidos anormales en el lado derecho hácia el tercer espacio intercostal, ó debajo de la clavícula izquierda; la percusion es mas oscura que normalmente en estas últimas partes; la respiracion se oye débilmente, ó no se oye.

Cuando existen *palpitaciones nerviosas*, pueden acompañarse de un ruido de fuelle y este propagarse á la aorta, como sucede en la clorosis y anemia; se distinguirá de estos últimos casos la dilatacion, teniendo presente que esta forma tumor al esterior, que la percusion es oscura, que cuando en las otras enfermedades hai ruido aórtico, este no se limita á esa localidad, sino que se estiende á las otras gruesas arterias.

Podria suceder que el aneurisma de la aorta se mostrase en la parte inferior derecha del cuello: en este caso seria difícil distinguirlo del aneurisma del tronco braquio-cefálico, pero facilitaria mucho para el dignóstico diferencial el exámen de la region superior del pecho, puesto que en el de la aorta habria una matitez y tumor en esta region que no se encuentra en el otro.

La distincion entre la dilatacion de la aorta y los aneurismas de la misma es aun posible, teniendo pre-

sente que en la dilatacion la elevacion que forma el tumor, es mas difusa, y por el contrario el tumor formado por el aneurisma es circunscripto, como sucede en las observaciones 8.ª y 9.ª que dan ejemplos de las dos.

Respecto de la localidad que ocupa el tumor aneurismal en la aorta, Chomel refiere lo que se ha observado generalmente con relacion al sitio en que se manifiesta al esterior, y que puede servir para localizarlo. Los de su porcion ascendente y de la curvadura, que son los mas frecuentes, se muestran hácia adelante y á la derecha: los que nacen de la aorta descendente, no se muestran sino á la izquierda y atrás. Los tumores que se muestran al nivel de los cartílagos de la quinta y sesta costilla derecha, nacen del orígen de la aorta; los que se manifiestan al nivel de la tercera y cuarta costilla, provienen de la parte anterior de su curvadura; y en los que se forman en la parte mas elevada del callado, se manifiesta el tumor en la parte inferior del cuello. Se concibe que si en la gran mayoría de casos sucede esto, es posible distinguir la parte de la aorta, de donde nace el tumor; pero es preciso tener presente, que no hablamos de un modo absoluto, y que hai muchas escepciones.

El *aneurisma varicoso de la aorta*, á pesar de los casos observados por Thurnam, no puede ser diagnosticado con precision, aunque los desordenes tan considerables que se producen en la circulacion venosa despues de haber observado simple el aneurisma, pueden hacer sospechar la comunicacion establecida. Cuando el saco aneurismático se abre en la vena cava superior, es hácia la cabeza y miembros superiores que se manifiestan los desórdenes de la circulacion venosa, y

en el vientre y miembros inferiores cuando este comunica con la vena cava inferior. No sucede lo mismo cuando la comunicacion se establece con una de las aurículas ó la arteria pulmonar: en el primero de estos casos los desórdenes del centro circulatorio son los que dominan, y en el segundo los del aparato pulmonar. Repetimos que el juicio que se forme en estas circunstancias, es siempre aventurado, aunque conviene tener presente el caso para poder usar de él con oportunidad.

Respecto de la *estrechez y obliteracion* de la aorta es imposible al principio de la enfermedad hallar síntomas capaces de ilustrar su diagnóstico; no es si no cuando la afeccion ha llegado á cierto grado de desarrollo, ó que la obliteracion es completa, que puede sospecharse su existencia. Los síntomas que la revelan, se refieren á la hipertrofia con la dilatacion del ventrículo izguierdo, á la hipertrofia de los órganos que reciben la sangre de los vasos que nacen ántes de la obliteracion, al escesivo desarrollo de estos vasos, y finalmente á la atrofia de los órganos que reciben los que nacen despues de la obliteracion. Teniendo presente estos antecedentes, se puede, cuando la estrechez es considerable, distinguir este caso de cualquier otro.

La *arteria pulmonar* en sus enfermedades respecto de la aorta, se encuentra en el mismo caso que las afecciones de las cavidades derechas del corazon con relacion á las de las izquierdas. Son efectivamente mui raras las enfermedades de esta arteria, pero ellas pueden ser de la misma naturaleza que las de la aorta: puede padecer estrechez y dilatacion.

La *dilatacion* de la arteria pulmonar se ha obser-

vado mui pocas veces, puede existir con incrustaciones óseas y cartilaginosas. Los síntomas que se señalan para su dignóstico, son un ruido de fuelle oido en su trayecto y otros síntomas del aparato respiratorio comunes á otras afecciones: se comprende bien cuan difícil será poder apreciar este signo acústico; por mi parte no he tenido ocasion de verificarlo.

La *estrechez* de la arteria pulmonar es tambien una afeccion mui rara: se ha señalado la cianosis como síntoma de ella; pero es preciso tener presente, que este signo está mui ligado con la comunicacion de las cavidades del corazon, y que la estrechez acompaña siempre esta efeccion.

OBSERVACIONES
TOMADAS EN EL SERVICIO
DE LA
CLINICA MEDICA.

Lo que mas me decide á insertar las observaciones que siguen, es la circunstancia de ser este trabajo para el Concurso de una Cátedra de Clínica, en que es preciso probar que se conoce la teoría y se sabe aplicar, tomando de ella lo que es realizable, y desechando aquello que puede seducir mas ó ménos, pero que falla en su aplicacion.

No se crea, que las observaciones á que nos referimos, solo son la verificacion de algunos de los principios que dejamos sentados: tienen ademas un otro objeto, que es de la cuestion misma, puesto que en algunas de ellas se establecen diagnósticos diferenciales, de que no hablamos al tratar la proposicion dada para la tésis.

Se notará en ellas, que en todo lo que se refiere á antecedentes y en la relacion del estado del enfermo, enumeramos mui ligeramente los desórdenes de los otros aparatos que no son el circulatorio: esto lo hacemos de propósito, porque es lo único que está ligado al objeto de esta disertacion: las otras lesiones no son sino efecto de estas enfermedades, y ponemos empeño particular en no hacer digresiones estrañas á nuestro objeto.

I.

Estrechez del orificio aurículo-ventricular izquierdo.

El individuo llamado Santiago Peralta, natural de

Buenos Aires aunque de raza Africana, soltero, de 29 años de edad, albañil de profesion, ha gozado de buena salud hasta hacen seis años que empezó á manifestarse la enfermedad que padece.

Refiere que empezó á notar que se fatigaba al hacer cualquier ejercicio; esta fatiga se hacia cada vez mas frecuente, y se acompañaba de palpitaciones y algun dolor á la region precordial; varias veces tuvo accesos de dispnea con tos y espectoracion sanguinolenta; ha tenido algunas veces edema de los estremos inferiores, que con el reposo disminuia.

Entró al Hospital el 16 de Septiembre del año pasado, y su estado era el siguiente: la palpacion muestra que los batimientos del corazon son mui fuertes y se hacen en una gran estension; son perceptibles á la simple vista; la punta del órgano percute la pared torácica como á cuatro traveses de dedo debajo de la tetilla izquierda y sobre la vertical; la percusion da una matitez relativa á la gran estension en que se mueve el órgano; los ruidos de este son normales, solo parecen algo exagerados; el ritmo presenta dos modificaciones mui notables, la una relativa á la frecuencia que es de noventa batimientos por minuto, la otra relativa á su regularidad, en la que parece que despues de algunas contracciones regulares, se contrajese dos veces seguidas el ventrículo; el pulso es pequeño, con la irregularidad qne hemos notado, blando y fácil de deprimir. El aparato respiratorio se conserva en buen estado, aunque el enfermo siente mui frecuentes accesos de dispnea particularmente á la noche; no ha tenido durante su permanencia en la Sala complicacion neumónica alguna, pero si hemoptisis. El aparato digestivo funcionaba mui penosamente para el enfermo, puesto

que si tomaba alimento aun en pequeña cantidad, se sentia fatigado; tenia dolores al epigastrio y algunas veces vómitos dificiles de calmar; el hígado escesivamente infartado pesando sobre el estómago, producia probablemente estos desórdenes. Habia edema general y hasta la cara lo manifestaba, sin embargo no era constante, ni tomaba un escesivo desarrollo cuando existia.

Diagnóstico razonado. Aqui no es dificil localizar la afeccion: los antecedentes todos y los síntomas de la localidad dicen, á no dejar duda, que el corazon es el órgano enfermo. La naturaleza de la lesion se revela por esos mismos síntomas, como vamos á ver: por la estension en que percute el órgano y la fuerza con que le hace, deducimos que está agrandado, y que este agrandamiento es una hipertrofia, puesto que la fuerza con que lo hace significa desarrollo de sus paredes musculosas: tomando ahora en cuenta, que no existe ruido anormal, que el pulso es pequeño, débil é irregular, que la dispnea es mui exagerada y el edema, aunque no desarrollado con esceso, es general; dedujimos que probablemente se trataba de una *estrechez aurículo-ventricular*. Véase la página 39 y 40.

Este caso fué presentado en las lecciones clínicas por el Sr. Vernet, entónces alumno de sesto año.

El enfermo murió el 20 de Noviembre del mismo año, la autopsia confirmó el juicio que fundado en probabilidades, formé de la enfermedad; la pieza anatómica no fué guardada por no prever que llegaria el caso de usar de ella.

II.

Estrechez simple del orificio aórtico.

El enfermo de esta observacion se llama Santia-

go Goso, de edad de 60 años, natural de Génova, de oficio chanchero, y dice, no haber padecido enfermedad alguna de consideracion, y solo ligeras molestias á la cabeza y vientre, hasta la época en que empezó á manifestarse la de que ahora sufre.

Hacen como cuatro meses que ha empezado à sentir al menor ejercicio algun cansancio, zumbido de oidos y desvanecimiento de cabeza; cuando estas molestias le asaltaban, se veia obligado á pararse, si iba caminando. Hace notar que antes de enfermarse tenia un color ménos pálido, y que mas bien era rosado el cutis de la cara; que ha perdido el apetito, y cuando comia algo mas que de costumbre, le acometian latidos del corazon, que creia iban á ahogarle: son sus palabras.

Examinada la region precordial, se notaba: que el corazon batia la pared toràcica en una gran estension aunque nó con mucha fuerza, el vértice del órgano en este movimiento se sentia á tres ó cuatro traveses de dedo debajo de la tetilla izquierda y fuera de la vertical; la matitez era mas estendida que normalmente; la auscultacion hacia oir un ruido de fuelle prolongado y áspero, que cubria el primero de los normales que no se oia; tenia su mayor intensidad arriba y á la derecha de la tetilla izquierda, se prolongaba mui manifiestamente hácia la aorta, conservando su carácter de rudeza; finalmente el segundo ruido se oia bien y conservaba su carácter y timbre normales. La circulacion arterial no presentaba mas variacion en su ritmo que ser un poco acelerada, por lo demas el pulso era regular, no mui desarrollado, pero bastante duro; habia empezado á mostrarse edema en los estremos inferiores, pero no era mui considerable; el color de la

piel llamaba la atencion por su estremada palidez, esto contrastaba con la coloracion que ántes tenia; sentia algunas incomodidades á la cabeza y era mui notable entre estas, la facilidad con que le venian síncopes, particularmente al inclinarse; el aparato respiratorio funcionaba regularmente; el aparato digestivo estaba afectado, el enfermo tenia inapetencia, las digestiones eran penosas y el vientre algo constipado; el higado annque infartado no presentaba un volúmen mui exagerado.

Diagnóstico razonado. En este caso el diagnóstico no presenta grandes dificultades, puesto que tenemos: que el choque se siente en una gran estension, aunque no desarrolla mucha fuerza en producirlo, el vértice del corazon percute la pared torácica mas abajo y fuera que normalmente, es decir, que el órgano está aumentado de volúmen aunque no mui hipertrofiado, puesto que la impulsion no es demasiado fuerte. Los fenómenos acústicos son bien decisivos: un ruido de fuelle áspero que tiene su mayor intensidad hácia la base del ventrículo, que coincide con el primero y que se propaga mui sensiblemente á la aorta, es decir, una alteracion cartilaginosa ú ósea de las válvulas sigmoideas de la aorta que estrechan el orificio y forman un obstáculo al acceso de la sangre en las arterias, pero que al mismo tiempo estas se mueven lo suficiente para cerrar el orificio y no permitir su reflujo al corazon, como lo prueba el hecho de conservarse normal el segundo ruido.

Tenemos entónces una hipertrofia con agrandamiento de las cavidades, producida por la *estrechez simple del orificio aórtico.* El enfermo murió el 19 de Enero, la autopsia [cuya pieza se conserva] confirma

plenamente el diagnóstico, como puede verificarse inspeccionándola.

III.

Estrechez del orificio aórtico con insuficiencia de las sigmoideas.

El individuo llamado Cárlos Salaverri, natural de Francia, de edad de 28 años, de oficio pintor, soltero, entró al Hospital el 20 de Enero de este año.

Refiere que en el curso de su vida ha padecido cinco veces el cólico que sufren los de su ejercicio; ha estado enfermo del hígado, conservando los vestigios de ventosas puestas en dicha region. Hace poco mas de un año ha tenido dolores en las articulaciones tibio-femorales y tibio-tarsianas, estos dolores se acompañaron de tumefaccion en estas partes y se disiparon con el uso de algunas unturas, que fué lo único que hizo para remediarlos. Hacen nueve ó diez meses, notó que se fatigaba haciendo cualquier ejercicio, y que este cansancio le impedia el continuar su camino; al mismo tiempo sentia que la vista se le oscurecia, y que iba á caerse si no se detenia; ha tenido desde el principio contínuas palpitaciones, especialmente cuando trabajaba; poco tiempo despues de haberle principiado esta enfermedad empezó á infiltrarse por las estremidades inferiores, luego el edema se hizo general, fué tratado con purgantes por un médico y se disipó; pero no podia entregarse á sus quehaceres, porque, le acometia la fatiga; ha padecido contínuamente de constipacion, la que se ha remediado con el uso de purgantes; hacen como cuatro meses le ha venido nuevamente el edema.

Examinada la region precordial se nota alguna

elevacion de las paredes torácicas; el vértice del órgano percute á la altura del séptimo espacio intercostal, el choque es medianamente fuerte y se hace en bastante estension; la percusion de la misma region da una matitez mui aumentada en estension; los fenómenos acústicos ofrecen de notable un ruido de fuelle algo áspero que coincide con el primer ruido y le cubre, tiene su máximum de intensidad hácia la base del órgano y se propaga con bastante fuerza hácia la aorta, el segundo ruido (aunque dificil de percibir) es normal. La circulacion arterial es como en la enfermedad de Corrigan; pulso un poco grande, blando y fácil de deprimir, la arteria se dilata bruscamente y su diástole, aun en los vasos de segundo y tercer órden, es perceptible á la simple vista; en su ritmo no presenta mas alteracion que un poco de aceleracion marcada con ochenta y cuatro pulsaciones por minuto. El enfermo se encuentra con bastante infiltracion particularmente en los miembros inferiores; hai derrame de serosidad, aunque no mui considerable, en la cavidad abdominal. El aparato respiratorio no ofrece nada notable, si no es el haber arrojado algun poco de sangre. El aparato digestivo se conserva en regular estado, advertimos solamente que el hígado está mui aumentado de volúmen sin ser doloroso á la presion.

Diagnóstico razonado. La estension en que se siente el choque del corazon, la matitez aumentada y la elevacion de la pared torácica, indican que el órgano está aumentado de volúmen; la fuerza que desarrolla al contraerse, espresa que este aumento de volúmen es producido por una hipertrofia de su tegido, aunque no mui considerable; el ruido de fuelle áspero percibido hácia la base del órgano en el primer tiempo, y que

se propaga con intensidad hácia la aorta, se traduce por un obstáculo en el orígen de la arteria por lesion de sus válvulas; el carácter de este ruido prueba que esta alteracion valvular es de naturaleza cartilaginosa ú ósea; finalmente las condiciones de la circulacion arterial que hemos espuesto y la dificultad de oir bien el segundo ruido normal revelan (á pesar de la falta del ruido anormal característico) que la alteracion de las válvulas es tal que á la vez que dificultan la circulacion permiten el reflujo de alguna sangre al ventrículo.

Reasumiendo lo que dejamos dicho, resulta: que este individuo tiene una hipertrofia del corazon producida por una *estrechez del orificio aórtico complicada de insuficieneia de sus vàlvulas.*

El enfermo que hace el objeto de esta observacion, ocupa el número 11 de la Sala 2ª., donde puede comprobarse lo que dejamos espuesto. Los prolijos antecedentes que preceden en esta observacion, los debo á la inteligente oficiosidad del Señor Oliva practicante mayor de la Sala 2ª: otro tanto debo decir de los que se encuentran al frente de las observaciones 2ª., 7ª y 9ª.

IV

Insuficiencia de la válvula mitral.

Juan Maderna, natural de Buenos Aires pero de raza africana, de 39 años de edad, jornalero de profesion, de estado soltero y entrado al Hospital el 7 de Septiembre de 1855, donde ocupó el número 27 de la Sala 2ª.

Referia que habia gozado de buena salud hasta ahora ocho ó nueve años que tuvo un abceso de la márgen del ano, del cual curó sin accidente particular;

despues ha continuado bien de salud, llevando una vida arreglada aunque alguna vez usaba de bebidas alcohólicas pero sin escederse; hace algun tiempo tuvo una perfigeracion, que le produjo escalofrios, y le acometió una puntada hácia la base del pulmon derecho; esta se trató convenientemente por un médico y el enfermo sanó; cinco meses ántes de entrar al Hospital, empezó á notar que algo se fatigaba al hacer ejercicio, y cuando se contraia á su trabajo sentia un dolor hácia el epigastrio y el hipocondrio derecho, mucho peso al estómago despues de comer, palpitaciones al corazon y el vientre constipado.

El estado en que se encontraba cuando fué exa-mínado, es el siguiente: poca elevacion en la region precordial, impulsion fuerte y ocupando bastante estension, la punta del órgano correspondia á cuatro traveses de dedo debajo de la tetilla izquierda y fuera de la vertical; la percusion no daba una matitez tan estensa como podria suponerse por la impulsion. La auscultacion hacia oir un ruido de fuelle suave, algo difícil de localizar, coincidia con el primero del corazon, se percibia en la espalda con alguna claridad, parecia mas fácil de oir cuando se auscultaba al enfermo sentado; el segundo ruido se percibia bien y era normal; el ruido anormal solo se notaba en el lado izquierdo, de modo que en esta parte se oia el primer ruido sostituido por el anormal y el segundo como en el estado sano; sobre el esternon cerca de su borde izquierdo y en el epigastrio, no se encontraba ruido anormal alguno y solo los dos normales. La circulacion arterial tenia la sola modificacion en su ritmo de ser algo acelerada, dando de noventa á cien pulsaciones por minuto, por lo demas era regular; aunque pequeño el

pulso no era blando; el calor estaba un poco disminuido, habia tendencia al enfriamiento particularmente en los estremos inferiores. Tuvo edema general, pero este se disipó en su mayor parte, no conservando en el tiempo que ha permanecido en la Sala sino muy poco; no habia derrames en las cavidades de las serosas. El aparato respiratorio presentaba de notable el que el ruido vexicular de la respiracion estaba cubierto por una especie de rale sibilante que no permitia oirla; la percusion era clara como normalmente, habia un poco de tos con espectoracion mucosa, la dispnea era muy alta en los frecuentes accesos que tenia; le acometia, cuando se acostaba del lado izquierdo, y estaba mas predispuesto á ella cuando se pasaban dias sin moverse el vientre. El tubo digestivo estaba bastante comprometido; tenia sed, inapetencia,mucho dolor al epigastrio y constipacion permanente: el higado estaba mui infartado y dolorido á la presion.

Diagnóstico razonado. De lo que dejamos dicho que se observa en el enfermo por la inspeccion de la localidad, por la percusion y el punto donde choca la punta del corazon, concluimos: que el órgano está aumentado de volúmen. De la fuerza que desarrolla al contraerse, se deduce que este aumento de volúmen consiste en una hipertrofia. La circunstancia de oirse normales los dos ruidos en el lado derecho de la region precordial, prueba que no existe lesion en los orificios de las cavidades derechas. El ruido de fuelle en el primer tiempo, fijado en el vértice del órgano y que absolutamente no se transmitia á la aorta, nos dice que la sangre retrocedia al ventrículo por no cerrarse bien este orificio miéntras el sístole ventricular. En conclusion deducimos que la enfermedad consiste

en una hipertrofia exéntrica del ventrículo izquierdo del corazon, con *insuficiencia de la válvula mitral.*

Este caso fué presentado en las lecciones Clínicas por el Señor Santos, alumno cntónces de 5º año; el juicio formado, fué el de un obstáculo en la aorta que estrechaba el orificio sin permitir el retroceso de la sangre. Despues, volviendo al exámen del enfermo y siendo mas perceptible el ruido anormal, puede localizarlo hácia el vértice del corazon; siendo mui notable la circustancia de no propagarse el ruido hácia la aorta: estos dos hechos me hicieron variar de opinion respecto de la lesion valvular, y creí que en vez de obstáculo á la circulacion arterial, se trataba de una insuficiencia de la vàlvula mitral. El enfermo murió el 31 de Enero, y la autopsia mostró: 1.º la dilatacion é hipertrofia del ventrículo izquierdo; 2.º las válvulas de la aorta íntegras y el orificio que cierran, sano; 3.º la aorta mui disminuida de capacidad sin alteracion de textura; 4º la válvula mitral aunque no deformada parecia mui adelgazada; y finalmente el orificio que guarnece tan dilatado, que al pasar el dedo de la aurícula al ventrículo, casi no se percibia el momento en que esto sucedia. Es esta dilatacion del orificio la que hacia insuficiente la válvula y permitia el retroceso de la sangre á la aurícula: esta pieza se conserva y puede inspeccionarse.

V.

Insuficiencia simple de las válvulas sigmoideas.

El individuo llamado Fabian Joaquin Basilio, portugues de orígen, de edad de 49 años, marinero de

profesion; entró al Hospital el 2 de Marzo de 1854 y ocupa el número 2 de la Sala 2ª.

Ha gozado de buena salud hasta la invasion de esta enfermedad, no tiene antecedentes de familia que lo hayan predispuesto á la enfermedad que actualmente sufre; no ha padecido afeccion reumatismal alguna. Refiere que hacen mas de dos años sentia cansancio al hacer cualquier ejercicio y algun dolor á la region precordial: esto lo obligó á entrar al Hospital. Aqui ha continuado marchando la enfermedad; ha tenido catarros frecuentes con espectoracion mucosa, arrojando esputos teñidos de sangre pero sin haber hemoptisis fuerte; asì ha continuado hasta que fué señalado para la Clínica.

Lo que primero llama la atencion en este enfermo son los desórdenes del aparato circulatorio; la impulsion del órgano es fuerte, perceptible aun á la simple vista, se hace en una gran estension, la punta del órgano choca la pared torácica como á tres traveses de dedo debajo de la tetilla izquierda y fuera de ella; la percusion da un sonido mate en poca mas estension que normalmente; no hai deformacion alguna en la pared torácica; la auscultacion hace oir un ruido de fuelle suave hácia la base del ventrículo, que cubre el segundo ruido del corazon y se propaga mui sensiblemente hácia la aorta. La circulacion arterial da noventa pulsaciones por minuto; el pulso es grande, lleno y mui blando; se ven dilatarse bruscamente las arterias de segundo y tercer órden en el cuello, áxila, brazo y antebrazo. El aparato respiratorio se afecta frecuentemente de catarros, en los que existe algun dolor pero sin fiebre; es en estas circunstancias que el enfermo espele un poco de sangre, alguna vez se han

presentado epistasis. El tubo digestivo se encuentra en buen estado; el hìgado, aunque indolente, está aumentado de volúmen. No existen infiltraciones ni derrames serosos.

Diagnóstico razonado. La fuerza que desarrolla el órgano al contraerse, la poca matitez que da la percusion, el punto donde choca y la falta absoluta de deformacion en la pared torácica; nos dicen que está hipertrofiado, pero que apesar de esto no está mui aumentado de volúmen. El ruido de fuelle en el segundo tiempo, que se oye hácia la base y que se propaga á la aorta, el estado de la circulacion arterial y las condiciones del pulso en la radial; traducen una *insuficiencia de las vàlvulas sigmoideas de la aorta.* La circunstancia de oirse normal el primer ruido indica que la insuficiencia es sin complicacion de obstáculo en el orificio correspondiente.

La observacion de este caso fué presentada para las lecciones Clínicas por el Señor Señorans, entónces alumno de 5.° año. El enfermo permanece en el Hospital en la Sala y número indicado, donde puede examinarse.

VI.

Insuficiencia de las válvulas sigmoideas con incrustaciones en la aorta.

Este individuo se llama Cesario Duarte, es hijo de Buenos Aires, tiene 45 años de edad, de estado soltero, peon de panaderia ha sido su ejercicio, ha gozado generalmente de buena salud hasta que empezó á sentirse molestado de esta enfermedad; entró en el Hospital el 13 de Noviembre del año pasado y ocupó el número 7 de la Sala 2ª.

Refiere que hace mucho tiempo, sin espresar cuanto, empezó á sentirse molestado de fuertes palpitaciones al corazon, dispnea cuando hacia algun ejercicio violento y dificultad de dormir sobre el costado izquierdo. Desde los cuatro últimos meses habia advertido que el cansancio le venia con mas facilidad y sentia calores á la cara; tuvo entónces un ataque de tos, con espectoracion mucosa, dolor al pecho y dispnea; todo ello pasó sin otro accidente notable hasta su entrada al Hospital. Estos padecimientos parece que le han sido mui soportables al enfermo, por cuanto no se ha sometido á tratamiento alguno.

El estado en que se encuentra es el siguiente: se nota desde luego por el estado de la circulacion arterial, que es este aparato el enfermo; el corazon choca en la pared torácica con mas fuerza que en el estado normal, el vértice lo hace como á tres traveses de dedo bebajo de la tetilla izquierda y sobre la vertical; percutida la region del corazon da una matitez mui poco mayor que en el estado fisiólogico; sobre la arteria aorta es perfectamente normal; no existe deformacion alguna de la pared torácica; la auscultacion hace oir un ruido anormal (fuelle suave) en la region del corazon, es mas intenso hácia la base que en el vértice, coincide y cubre el segundo ruido normal y se propaga en el trayecto de la aorta; bien es que en esta localidad se oye distintamente un doble ruido de fuelle, estos ruidos son mas ásperos que el que se oye en el corazon, y corresponden por su ritmo á los de este órgano; en las gruesas arterias inmediatas al centro circulatorio, se observa á la simple vista su dilatacion brusca y repentina como en la enfermedad de Corrigan; el pulso está alterado en su ritmo, tiene noventa

pulsaciones por minuto, es grande, blando y la arteria se dilata con prontitud. El aparato respiratorio no ofrece otros desórdenes que un poco de tos que molesta al enfermo, con espectoracion mucosa y alguna dispnea; la percusion y auscultacion pulmonar son normales. El tubo digestivo se conserva en buen estado, si se esceptúa la constipacion habitual del enfermo.

Diagnóstico razonado. La estension en que se mueve el órgano, el punto donde choca su punta y la mayor matitez que da la percusion; indican que el corazon aunque aumentado de volúmen no lo está mucho. La fuerza que desarrolla al contraerse: nos dice que este aumento de volúmen consiste en una hipertrofia. El ruido de fuelle suave, coincidiendo con el segundo normal y que se oye hácia la base del órgano con mas intensidad que hácia el vértice, las condiciones que hemos notado en la circulacion arterial de los gruesos vasos y los caractéres del pulso en las radiales; demuestran de un modo positivo que existe una insuficiencia de las vàlvulas sigmoideas de la aorta. El doble ruido de fuelle que se percibe en la aorta y la circunstancia de ser este un poco áspero, nos dice que la sangre en su flujo y reflujo encuentra asperidades que dificultan su movimiento, y que estas asperezas ó rugosidades son formadas por un tegido óseo ó cartilaginoso: no existiendo tumor alguno en la aorta por la carencia absoluta de los síntomas que lo revelan.

Reasumiendo cuanto dejamos dicho, vemos que en este individuo existe una hipertrofia del corazon no mui avanzada, con *insuficiencia de las válvulas sigmoideas é incrustaciones, sean óseas ó cartilaginosas de la aorta.*

La observacion de este individuo fué encomendada para las lecciones Clínicas al Sr. Oliva, entónces alumno de 6º año.

VII.

Insuficiencia de las válvulas sigmoideas de la aorta con estrechez del orificio que guarnecen.

Francisco Almeida, natural de Buenos Aires, de 43 años de edad, de estado soltero, se ha ocupado en romanear carne en los mataderos; entró al Hospital el 1.º de Enero de este año, y ocupa el número 19 de la Sala 2ª.

Refiere haber padecido en el año 40 algunos accidentes primitivos del mal venéreo, los que le molestaron por bastante tiempo.

Hacen seis años, que entre los meses de Agosto y Septiembre, empezó á sentir un dolor en medio del pecho que se estendia hasta el hombro y brazo derecho, este dolor le volvia todos los años en la misma época; añade que dicho dolor era agudo, y el brazo le quedaba como muerto; se curaba con el uso de algunas unturas. Hace mas de un año que le acometió una diarrea de sangre, y segun él se esplica, la aparicion de esta enfermedad ha coincidido con la cesacion de los ataques de dolor al pecho; tambien ha notado que desde que no le da el dolor, sufre de palpitaciones y alguna fatiga; cuando se enfermó de la diarrea, parece que sintió algo mas fuertes las palpitaciones; á estos síntomas se agregaron desvanecimientos de cabeza, ruido de oidos, oscurecimiento de la vista y fatiga al menor movimiento.

El enfermo que hace el objeto de esta observacion, ha entrado al Hospital para hacerse asistir de

una enteritis crónica que traia, sin mencionar la lesion cardiaca. No era con todo difícil apercibirse de esta afeccion, y examinada la localidad encontramos: que el corazon percute con fuerza en la pared torácica, que la punta del órgano lo hace en el sesto espacio intercostal y fuera de la tetilla; que la percusion es mas oscura que en el estado normal; que la auscultacion hace oir un ruido de fuelle que sigue inmediatamente al primero normal, se oye ademas otro que cubre al segundo, los dos tienen su máximun de intensidad hácia la base del órgano, se propagan á la aorta donde son mui fáciles de percibir; la circulacion arterial en los vasos del cuello, áxila y brazos, tiene los caractéres que hemos notado en los casos de insuficiencia de estas válvulas; el pulso no es grande, pero blando y fácil de deprimir, tiene noventa pulsaciones por minuto y sin irregularidad en su ritmo. Durante su permanencia en el Hospital ha tenido un catarro; en la espectoracion arrojaba esputos teñidos de sangre y aun esta pura, habia poco dolor en el pecho, no tenia fiebre y la respiracion pulmonar se hacia bien. Hai alguna infiltracion serosa en las paredes torácicas, en las abdominales y miembros inferiores; solo existe derrame seroso en el vientre, no muy considerable. El aparato digestivo se encuentra en mejor estado que el dia de su entrada al servicio, pero aun conserva la flegmasia crónica que lo decidió á entrar.

Diagnóstico razonado. La fuerza con que el corazon se mueve, prueba que sus paredes están hipertrofiadas; el punto de la pared torácica que choca, y la poca matitez que existe en la misma region, nos dice que está aumentado de volúmen aunque no en alto grado. La existencia de un ruido de fuelle sua-

ve cubriendo el segundo de los normales, el oirse con mas intensidad hácia la base del corazon y propagarse á la aorta, las condiciones de la circulacion arterial en los vasos de segundo y tercer órden, tan peculiares de esta enfermedad; indican de una manera inequívoca que existe una insuficiencia de las válvulas sigmoideas. El ruido de fuelle que sigue al primero de los normales, no áspero, que se oye con mas intensidad hácia la base del órgano y se propaga á la aorta, se traduce por un obstáculo en el orificio de este vaso y que dificulta la circulacion arterial; la circunstancia del carácter que tiene este ruido, espresa que el obstáculo no es formado por un tegido denso y duro; el hecho de existir este obstáculo en un individuo que tiene insuficiencia de las válvulas que guarnecen el mismo orificio, hace pensar que son estas mismas válvulas deformadas las que disminuyen la luz del vaso.

En resúmen dirémos que la enfermedad de este individuo consiste: en una hipertrofia del ventrículo izquierdo, producida ó acompañada por una *insuficiencia de las vàlvulas sigmoidcas con estrechez del mismo orificio.*

El individuo que hace el objeto de esta observacion, aun existe en el Hospital en la Sala y número indicado: alli puede verificarse lo que dejamos dicho.

VIII.

Dilatacion de la aorta con insuficiencia de las válvulas de la misma arteria.

Enrique Gas, natural de Inglaterra y hacen mas de dos años residente en Buenos Aires, tiene 16 años de edad, jornalero de profesion; entró al Hospital el 6

de Noviembre del año pasado, y ocupó el número 42 de la Sala 2.ª

Refiere que en su juventud ha recibido mui malos tratamientos de sus padres; hacen tres años ha padecido una inflamacion articular en la rodilla izquierda, que le impidió entregarse á sus quehaceres ordinarios, ha padecido otras veces una afeccion análoga, durándole la última como cinco ó seis dias. Hácia la misma época empezó á sentir fuertes palpitaciones al corazon particularmente cuando hacia algun ejercicio, este accidente se acompañaba de dolor en la misma region, dispnea, alguna vez calores á la cara, cefalalgia y ruido de oidos; ha esgarrado sangre algunas veces, no podia dormir sobre el lado izquierdo porque se despertaba agitado y tenia ensueños penosos. El estado en que se encuentra, es el que pasamos á describir.

El aparato circulatorio presenta fenómenos muy patentes de los desórdenes que alli se pasan. En la region precordial se observa: una impulsion fuerte del órgano aunque no muy estendida; la punta choca mas abajo y fuera que en el estado normal, existe abobedamiento de la pared torácica en la misma region; la percusion es mas oscura que en el estado normal; la auscultacion permite oir el ruido inferior normal; el ruido superior está remplazado por uno anormal de fuelle suave, mas intenso en la base que en el vértice del órgano y muy fácil de oir en la aorta.

A la altura de la tercera costilla derecha se nota un tumor poco saliente, que tiene como dos pulgadas de estension de derecha á izquierda y una y media de alto á abajo, ocupando el segundo espacio intercostal y estendiéndose hasta el tercero; aplicando la mano se siente la espansion y retraccion del tumor, percibién-

dose al mismo tiempo un doble estremecimiento [fremissement cataire] producido por el frote de la sangre en las paredes alteradas del vaso; la percusion que se practica durante una espiracion forzada, es oscura aunque no espresa una matitez absoluta; la auscultacion sobre el tumor no hace oir el ruido respiratorio, se percibe un doble ruido de fuelle cuyo ritmo es el de los del corazon, siendo el primero de dichos ruidos mas intenso y mas prolongado que el que le sigue. La circulacion arterial en los vasos de segundo y tercer órden presenta el mismo fenomeno que ya hemos notado en los casos de insuficiencia arterial, es decir, que la dilatacion es instantánea y se hace con ruido en las arterias gruesas; en las radiales el pulso es grande, lleno y blando, tiene ochenta y cuatro pulsaciones por minuto.

En la época en que se examinó el enfermo no habia nada notable en el aparato respiratorio, solo llamaba la atencion una resonancia exagerada en la parte posterior de los pulmones, y la matitez ligera, con disminucion del ruido respiratorio en la parte antèrior y sobre el tumor. Ha tenido infiltraciones serosas que en este momento no existen. El estado de la sangre parece algo alterado, por cuanto se nota el cútis cubierto de petequias y una palidez anormal de las mucosas visibles. El tubo digestivo funciona normalmente.

Diagnóstico razonado. La fuerza con que se contrae el órgano, la estension en que lo hace, el punto donde percute su punta, la percusion oscura y abobedamiento de la pared torácica en la region precordial; autorizan la creencia de que existe en el corazon una hipertrofia de su tegido con aumento de volúmen en el órgano: el ruido de fuelle suave que reemplaza al segundo, oido con mas intensidad hácia la base del

órgano, que se propaga á la aorta, el estado de la circulacion arterial en los gruesos vasos y los caractéres del pulso radial que hemos señalado, prueban la existencia de una insuficiencia de las válvulas aórticas. La existencia de un tumor difuso á la altura de la tercera costilla, su movimiento mui marcado de espansion y retraccion, la falta de resonancia y oscura respiracion en el sitio que él ocupa, el estremecimiento que siente la mano que lo palpa y el doble ruido de fuelle producido por el acceso y retroceso de la sangre, autorizan suficientemente la creencia de que existe una dilatacion del orígen de la aorta; sea que por efecto de ella estén insuficientes las válvulas, ó que se haya desarrollado despues de la insuficiencia, lo que no es probable.

En resúmen tenemos que este individuo presenta un ejemplo de hipertrofia del corazon con *dilatacion de la aorta é insuficiencia de sus válvalas.*

Este caso fué señalado para las lecciones Clínicas al Señor Vernet, entónces alumno de 6º año.

IX.

Aneurisma de la aorta torácica.

Felipe Escobar, natural de Bengala, de edad de 60 años, de estado soltero, militar de profesion; entró al Hospital el 30 de Enero de este año, y ocupa el número 27 de la Sala 2ª.

Ha gozado de buena salud hasta ahora seis años que dice tuvo viruela, luego despues padeció de infartos ganglionares de la ingle; sin fijar época, refiere que ha sufrido de dolores reumatismales. Hacen siete meses que empezó á sentir dolores en la parte anterior de a pared torácica; ha tenido fatiga y dificultad para de-

glutir los alimentos sólidos; esta última desapareció despues.

Hácia la misma época empezó á apercibirse de un tumor que le apareció en el lado izquierdo del pecho, este tumor fué aumentando de volúmen y se sentian en él latidos. La fatiga y la dificultad para deglutir disminuyeron sensiblmente al tiempo de su aparicion; ha tenido tos pero con interrupcion, venia por accesos y duraba algunos dias; en los últimos tiempos de su enfermedad ha tenido dispnea cuando hacia algun ejercicio.

El estado en que actualmente se encuentra, es el siguiente: la inspeccion del pecho muestra el tumor referido, que se estiende desde la segunda costilla izquierda hasta inmediaciones de la cuarta, el punto mas prominente corresponde á la tercera; de derecha á izquierda va desde el borde izquierdo del esternon hasta una y media ó dos pnlgadas hácia fuera. Por la palpacion se nota que el tumor es duro aunque algo reductible, se siente manifiestamente un movimiento de espansion y otro de retraccion; la auscultacion hace oir dos ruidos que por su ritmo corresponden á los del corazon, el primero se acompaña de un ruido anormal y el segundo difiere poco por su naturaleza y timbre con el del referido órgano, dichos ruidos se perciben mejor donde el tumor es mas prominente, no se oye absolutamente la respiracion en esa parte; la percusion dá una matitez absoluta en toda la estension del tumor. El corazon no presenta fenómeno alguno que indique un padecimiento de su testura: el pulso es pequeño, blando, regular y tiene de noventa á cien pulsaciones por minuto.

El aparato respiratorio se encuentra en este mo-

mento bastante afectado. La percusion dá un sonido oscuro debajo de la clavícula izquierda, la matitez es mayor hácia la base en el mismo costado y mas aun hácia atras; en el pulmon derecho es algo mas clara que en el estado fisiológico. La auscultacion no permite oir la respiracion sobre el tumor; se oye algo debajo de la clavícula izquierda, en la parte lateral y hácia atras del mismo lado; auscultando el pulmon derecho se oye un ronquido bastante fuerte, que oculta el ruido respiratorio, tiene su máximum de intensidad al lado derecho de la columna vertebral y coincide con la inspiracion; en el lado izquierdo se oye algo parecido pero mucho menos intenso: la dispnea es estremada. Hacen dos dias que está impedida la deglucion aun de los líquidos, habiéndose conservado en regular estado el tubo digestivo hasta ese momento. No existe mas infiltracion serosa que algun poco que se nota en la cara. Prevenimos que la anterior descripcion de los síntomas, ha sido hecha cuando el enfermo se encontraba bajo la accion de un fuerte acceso de dispnea.

Diagnóstico razonado. Un tumor circunscripto, colocado arriba de la region precordial que da un sonido mate á la percusion, que no permite oir el ruido respiratorio en uno de los puntos en que es mas perceptible, que es algo reductible, que tiene en si mismo una fuerza espansiva y retractiva, y que finalmente por la auscultacion hace oir un ruido anormal; autorizan la crencia de que es un tumor aneurismático. Las compresiones que hace en el esófago, en los bronquios (á punto de ser casi impermeable al aire el pulmon izquierdo) y la magnitud con que se muestra al esterior, inducen á pensar que es grande.

No es tan fácil localizarlo como determinar su

naturaleza y dimensiones: así vemos que, segun lo que dejamos dicho en la página 50, es en este sitio que se muestran muy raras veces los tumores formados en la aorta, por eso es que en lo que hemos referido de las observaciones del Profesor Chomel no se hace mencion de esta localidad; á esto agregaremos, que existiendo el tumor en la aorta á inmediaciones de su orígen, es raro que el corazon no haya sufrido alteracion alguna, como lo prueba el hecho de no presentar indicios de padecimiento; es cierto que pudiera ser un aneurisma falso y colocado en la curvadura de la aorta; este creemos que es el juicio aproximado que puede hacerse de la enfermedad de este individuo.

X.

Osificacion simple de la aorta en su curvadura.

El individuo de esta observacion ocupó el número 42, se llama Antonio Gonzalez, de edad de 70 años, natural de Chile, labrador de profesion, ha gozado generalmente de buena salud; entró al Hospital el 22 de Agosto del año pasado.

Este individuo en el discurso de su larga vida, dice, no haber padecido enfermedad alguna. Hace mas ó menos un año empezó á sentir cansancio cuando hacia algun ejercicio, aumentándose notablemente cuando se esforzaba en cualquier quehacer. Sentia algunas molestias á la cabeza; como ruido de oidos, alguna cefalalgia que venia con irregularidad, y calores que fijándose mas particularmente en la cabeza, los sentia tambien en todo el cuerpo: tenia ademas palpitaciones y se le adormecian con facilidad los miembros. En este estado se hizo atender con un médico, y no te-

niendo alivio, se resolvió á entrar al Hospital como lo verificó.

Refirió estos antecedentes, y no presentaba apariencias de un estado de gravedad, como se deducirá de los datos siguientes: estaba completamente apirético, es decir, sin aumento de calor apreciable, sin sed, sin aceleracion de pulso aunque habia en él una dureza exagerada, tenia el cútis algo encendido particularmente en la cara y el cráneo. A su entrada al Hospital no habia signo alguno, ni racional ni sensible, de padecimiento del aparato respiratorio; despues de haber permanecido algun tiempo, le vino un poco de tos con espectoracion mucosa y alguna vez arrojaba en ella sangre mui roja, siendo estos los solos fenómenos que revelasen el padecimiento pulmonar. Examinada la region precordial, no daba indicio alguno de padecimiento del corazon, solamente se percibia un ruido de fuelle algo áspero que seguia inmediatamente al primer ruido normal; se le seguia oyendo cada vez mas intenso hácia la derecha y arriba, hasta llegar à la altura del cartílago de la tercera costilla derecha y la parte inmediata del esternon en que tenia su mayor intensidad, este ruido cubria el de la respiracion que no podia oirse; la palpacion no daba indicio alguno de padecimiento en esa localidad, la inspeccion no mostraba la existencia de tumor alguno; la percusion no se hacia oir mas oscura que en el estado normal, aun practicándola durante una espiracion exagerada. El aparato digestivo funcionaba normalmente, aunque habia alguna constipacion habitual fácil de remediar.

Diagnóstico razonado. Dos cosas hai aqui que considerar: el sitio que ocupa la lesion y cual es su naturaleza.

La primera de estas dudas la disipa lo que hemos dicho de la auscultacion; por ella se oye un ruido de fuelle cuya mayor intensidad está á la altura de la curvadura de la aorta; es cierto que se oye en partes mas ó menos distantes, pero es fácil fijar aquella de donde se irradia, de modo que no puede haber duda sobre la localidad del padecimiento.

Para determinar la naturaleza de la afeccion, empezamos por fijarnos en que no existe síntoma alguno de tumor aneurismal; ni externo porque no lo da la inspeccion, ni interno porque no hai síntoma alguno de compresion ni es mas oscura la percusion; podemos entonces decir fundadamente, que la aorta no está aumentada de volúmen.

Podria muy bien creerse la existencia de una coartacion que disminuyese el calibre del vaso; pero si ella existe, no puede desconocerse que desminuye poco su capacidad, porque la circulacion arterial posterior á la lesion se hace tan bien como si no existiera.

Tenemos pues una enfermedad de la aorta que no se acompaña de tumor, que la circulacion se hace bien en ella, que existe un ruido de fuelle áspero y permanente en el momento del diástole arterial, que el individuo que padece la enfermedad tiene 70 años de edad, que las arterias radiales presentan un grado de tension y dureza tales que denotan su osificacion y finalmente que las funciones del corazon son normales. Fundado en estas razones, deduzco: que la enfermedad consiste en asperidades que frotadas por la sangre que pasa, producen el ruido de fuelle; que la circunstancia de ser este ruido, autoriza la creencia de que estas asperidades son formadas por un tejido duro y por fin que consisten en

una *osificacion simple de la aorta.* Salió del Hospital el 4 de Noviembre.

El exámen de este caso fué encomendado al Señor Chavarria, alumno entónces de 5.° año.

XI.

Palpitacion nerviosa con probabilidades de existencia de un vicio orgánico incipiente.

Francisco Ferran, natural de Francia, de edad de 45 años, soltero, actualmente militar pero su profesion ha sido de curtidor; entró al Hospital el 8 de Junio del año pasado.

Ha padecido la enfermedad venérea en su completa evolucion, vino al Hospital á curarse de ella, fué tratado por el Señor Doctor Fernandez con éxito completo; á escepcion de estas afecciones venéreas dice que generalmente ha gozado de buena salud. Luego que sanó de esta dolencia y á principios de Agosto del año pasado, empezó á estar molestado de fuertes palpitaciones, en particular cuando sentia alguna emocion, al mismo tiempo le venia opresion á la region precordial y cefalalgia ligera; estos accidentes se reproducian con alguna regularidad.

El estado en que se hallaba cuando esta observacion nos ocupó en las lecciones, era el siguiente: la palpacion hacia sentir un poco fuerte el choque del corazon contra las paredes torácicas, el punto donde correspondia el vértice del órgano era como á tres traveses de dedo debajo de la tetilla izquierda y un poco adentro de ella; la percusion es como en el estado normal; la auscultacion solo tiene de notable, el que el primer ruido sin perder su carácter de normal es algo mas prolongado, de modo que acorta el pequeño silen-

cio, su timbre es normal en los dos ruidos; no existe deformacion alguna en la pared torácica. El aparato digestivo y respiratorio funcionan normalmente.

Diagnóstico razonado. Atendiendo á las condiciones del individuo, tales como su edad, su sexo, su profesion, su salud anterior tan estraña á toda afeccion nerviosa, la sospecha que autoriza el punto donde se siente el choque del corazon y la pequeña alteracion del primer ruido; se puede sospechar una afeccion orgánica incipiente del corazon: pero es preciso convenir en que no se ve ningun desórden ni en la localidad ni mas ó ménos distante que pueda autorizar esta creencia de una manera positiva; entónces pues, seria preciso librarse á la observacion ulterior del enfermo, porque á pesar de esto bien pudiera suceder que no se trate de mas que de una simple neurosis. El enfermo salió del Hospital el dia 12 de Septiembre.

La observacioncin de este enfermo fué presentada el 5 de Septiembre en las lecciones Clínicas, por el Sr. Araos, entónces alumno de 5º año.

Tal es, Señores, la prueba escrita exigida por el Reglamento, que vengo á sostener en el certámen de oposicion para la aula de Clínica Médica. Comprendo bien que no está en relacion lo pobre de los conceptos en ella contenidos, con el interes del asunto señalado por el Jurado, y mucho ménos con el vasto espacio que deja para una inteligencia mejor dispuesta.

Al presentarlo no puedo ménos de confesar que no estoi satisfecho de él, porque aunque he tenido la voluntad me ha faltado el tiempo necesario, á pesar de

tener algunos materiales reunidos relativos al asunto que debian hacer el objeto de las pruebas que se impusiesen para este concurso. Toda mi atencion ha sido dirigida á no salir de ningun modo de lo puramente práctico en la cuestion, creyendo asi llenar mejor el objeto que se propone el Reglamento y que sin duda han tenido en vista los señores que componen el Juri.

A la verdad, que mas aparece la insuficiencia de mi disertacion, desde que se compare con las lecciones que poco hace oíamos al Sr. Doctor Fernandez: comparacion que no puede menos que hacerse, desde que conservamos tan justamente el recuerdo de la vasta erudicion que adornaba la inteligencia aun jóven del primer Catedrático de la Facultad de Medicina.

Orden y contenido de las materias.

INTRODUCCION 3

Fenómenos fisiológicos del corazon ..... Movimientos 8
Ruidos normales 12
Causas de los ruidos 13

Fenómenos patológicos del corazon ..... Aumento de matitez 21
Movimientos 21
Ruidos anormales 23

Diagnóstico diferencial de las enfermedades crónicas del corazon y los gruesos vasos.

Enfermedades crónicas del corazon; su diagnóticos diferencial

Enfermedades sin lesion anatómica apreciable
Palpitacion nerviosa 25
Ruidos anormales 26

Lesiones materiales sin cambio de testura en el órgano

Vicios orgánicos sin lesion de las válvulas y orificios
Hipertrofia exéntrica 32
— concéntrica y simple 33
Dilatacion parcial 34
— general ..... "

Vicios orgánicos con lesion de las válvulas y orificios
Estrechez del orificio aurículo-ventricular 39
— " — aortico 40
Insuficiencia de la válvula mitral 41
— " " sigmoideas ..... "
Casos complicados 42
Enfermedades de las cavidades derechas ..... "

Lesiones materiales con cambio de testura y otras alteraciones
Atrofia 45
Degeneracion grasosa ..... "
Induracion ..... "
Tubérculos ..... "
Cancer ..... "
Comunicacion de las cavidades derechas con las izquierdas 46
Melanosis, quistes y cuerpos estraños.. "

Enfermedades crónicas de los gruesos vasos; su diagnóstico diferencial

Arteria aorta
Aneurisma formando tumor interno.. 47
— — — esterno.. 48
Dilatacion simple 49
Aneurisma varicoso 50
Estrechez y obliteracion 51

Arteria pulmonar
Dilatacion simple ..... "
Estrechez y obliteracion 52

Observaciones tomadas en el servicio de la Clínica Médica .....

I Estrechez del orificio aurículo-ventricular izquierdo 53
II — simple del orificio aortico 55
III — del orificio aortico con insuficiencia de sus valvulas 58
IV Insuficiencia de la válvula mitral 60
V — simples — sigmoideas 63
VI — de las sigmoideas con incrustaciones en la aorta 65
VII — " " — con estrechez del orificio 68
VIII Dilatacion de la aorta con insuficiencia de sus válvulas 70
IX Aneurisma de la aorta torácica. 73
X Osificacion simple de aorta 76
XI Palpitacion nerviosa con probabilidades de existencia de un vicio orgánico incipiente 79

BIBLIOTECA MEDICO-QUIRURGICA DE CIENCIAS MEDICAS 1863 BUENOS AIRES