

LECCION QUINTA.

(Julio 11 de 1894.)

Insuficiencia mitral y tricúspide; ligero estrechamiento aórtico.—Medios sencillos para interpretar los ruidos que producen las diversas lesiones de orificios cardíacos.

SEÑORES:

El conmemorativo de un enfermo, que tanto ayuda para el perfecto diagnóstico, es muy difícil tenerlo siempre con la exactitud y precisión que sería de desearse.

Entre los individuos neurasténicos é hipocondriacos, que tanto se empeñan en que el médico conozca todos y cada uno de los fenómenos que experimentan y han experimentado desde el principio de su enfermedad, hasta la clase infeliz de nuestro pueblo, que es la que frecuenta los hospitales, y que por falta de hábito de observarse y por su crasa ignorancia, les parece inútil suministrar datos al facultativo que los cura, hay una gradación inmensa que no sería posible clasificar, y que sólo la larga experiencia la hace conocer á los médicos.

Hay individuos que llegan al consultorio, llevando consigo, y por escrito, detalles los más minuciosos de su enfermedad. Hay otros muchos que estando bien constituídos, con muy buenos colores en su rostro, y

con todas las señales de un organismo enteramente fisiológico, van á asegurar al médico, que hace quince ó veinte años esperan todas las noches morir por un ataque cerebral, y esto, sólo porque sienten cierta pesantez en la región de la nuca. Otros sostienen que frecuentemente se les paraliza el corazón, que sienten pasar el bolo alimenticio del estómago á los intestinos, que con frecuencia les sube una lombriz hasta la boca, y otra multitud de datos verdaderamente extravagantes.

No faltan personas que, en su lista de síntomas, llevan detallado semana por semana, día por día y hora por hora, todas y cada una de las sensaciones que han experimentado, sin que á esto falte la correspondiente apreciación de sus signos.

El médico tiene, sin embargo, necesidad de escucharlos, so pena de ser acusado de negligencia ó de interesarse poco por la salud de sus pacientes.

El otro extremo de esta cadena está representado por la clase más baja de la sociedad, que se figura que el Doctor no tiene necesidad de antecedentes ningunos, y que basta que los vean para que inmediatamente conozca la enfermedad de que adolecen. Ellos dicen gráficamente: "voy á enseñarme al médico," con lo que dan á entender que sólo necesitan ser vistos. De aquí resulta, que ó no contestan al interrogatorio, ó si lo hacen, es con mal humor, y como accediendo á una cosa innecesaria.

Algo de esto último debe haber pasado en el enfermo de la cama número 3, que hemos estudiado recientemente. Recordarán vdes. la mala voluntad con que contestó á las preguntas que le dirigimos, así como su

laconismo y los datos evidentemente falsos que nos dió.

La facies de nuestro enfermo, su aspecto de sufrimiento, la palidez de su rostro, nos dan la completa certidumbre de que sufría de largo tiempo atrás; y no obstante esto, aseguró que sólo llevaba dos meses de haber principiado su padecimiento, y que antes de este tiempo su salud era perfecta, pues no había sentido ningún fenómeno que le molestase.

Según dice, á mediados de Abril del presente año, sintió un calosfrío intenso, seguido de calentura: le vino tos con sofocación, que no le permitía otra postura sino la de estar sentado ó acostado boca-abajo; al mismo tiempo aparecieron hinchazones, tanto en las piernas y piés como en la cara, y desde entonces le comenzó la fatiga que hasta ahora siente.

Antes sólo había tenido, en su juventud, accidentes venéreos, que no fueron seguidos de ningún signo que indicara infección constitucional. Hace 14 años tuvo en Monterrey un ataque de impaludismo.

Tal es el reducido conmemorativo del enfermo que, como vamos á ver, está atacado de una grave lesión cardiaca, que ha llegado á sus últimos períodos.

Desde que nos acercamos á la cama del paciente llama nuestra atención la palidez de su rostro y el tinte lívido de sus labios; la dispnea es notable, pues sus inspiraciones son cortas, y respira 32 veces por minuto. Piés y piernas notablemente edematosos, y su vientre bastante abultado para sospechar desde luego que hay ascitis. El pulso es pequeño, blando, depresible, y late 120 veces por minuto. En las manos, brazos y en el cuello se observa la plenitud de las

venas, y en la yugular del lado derecho, se percibe fácilmente la existencia del pulso venoso.

Inspeccionando la parte anterior de la caja torácica, se ven los espacios intercostales abovedados, y muy poco marcados los huecos supra é infraclaviculares. En la región precordial se perciben por la inspección tangencial, movimientos ondulatorios bien marcados. La palpación revela una impulsión cardíaca poco exagerada, y un ligero estremecimiento catario sistólico.

Por la percusión en el lado izquierdo, encontramos sonido claro desde la región clavicular hasta la tercera costilla, y desde este punto el sonido es macizo hasta confundirse hacia abajo con la macicez del lóbulo izquierdo del hígado. Transversalmente, la matitez cardíaca se prolonga al costado y la parte posterior del tórax, con otra matitez de que hablaremos después. En el lado derecho el sonido es claro desde el vértice del pulmón hasta el cuarto espacio intercostal, en donde comienza la macicez hepática.

Haciendo la auscultación pulmonar, se encuentra el murmullo vesicular un poco exagerado, como si se tratara de respiración suplementaria, percibiéndose además algunos estertores sonoros finos. En la región precordial, se oyen los ruidos cardíacos un poco sordos, y en la punta hay un soplo que coincide con la contracción del corazón y se percibe un poco profundamente; tiene un tono grave y se propaga tanto hacia la axila como un poco hacia el apéndice cifoideas. Al nivel de esta última región hay otro soplo más superficial, más intenso y de tonalidad más aguda. Uno y otro soplos van disminuyendo de intensidad, á me-

dida que se van acercando entre sí; de manera que en el medio del espacio comprendido entre la punta del corazón y el apéndice cifoideas, ambos soplos son ya apenas perceptibles.

Este último detalle y el hecho de ser los dos soplos de tonalidad diferente, demuestran hasta la evidencia, que son distintos el uno del otro, y no uno solo que se perciba en los dos focos. Puede, pues, asegurarse, sin temor de equivocación, que existe una doble lesión valvular: una en el corazón izquierdo y otra en el derecho; y como el ruido se presenta durante la contracción ventricular, es evidente que hay insuficiencia de las válvulas mitral y tricúspide.

Voy á continuar analizando los demás fenómenos que presenta nuestro enfermo y después volveremos á la cuestión de soplos cardíacos.

Una vez que he demostrado por los signos estetoscópicos la existencia, de la lesión tricúspide, inútil es insistir en que el pulso venoso que hemos encontrado en la yugular externa derecha, es una consecuencia de esa insuficiencia aurículo-ventricular. La onda sanguínea que impulsada por el ventrículo se propaga á la aurícula y de ahí á todo el sistema venoso, ha acabado por dilatar la vena yugular externa, y por hacer insuficiente la válvula venosa que existe en el golfo del tronco de la yugular.

Enfermos hay en los que el reflujo venoso se hace sentir, no solamente en el sistema de la cava superior sino también en el de la inferior. El Sr. Rodríguez, que ha estudiado el enfermo de que nos ocupamos, ha podido ver en el Hospital de Jesús, un individuo en el que las impulsiones retrógradas del ventrículo de-

recho, determinaban latidos en todo el parenquima hepático. Como consecuencia de la onda retrógrada sanguínea, las venas suprahepáticas, y por consiguiente las centrales de cada lobulillo, se van distendiendo poco á poco, hasta el grado de producir pulsaciones exageradas en el órgano.

Explorando la parte posterior del tórax, de nuestro enfermo, hemos encontrado que los dos vértices de los pulmones dan un sonido obscuro á la percusión, y que este sonido se va acentuando más y más de uno y otro lado, hasta hacerse macizo en las dos bases. La auscultación nos hace oír un soplo tubario intenso, en la región supra-espinosa izquierda. Más abajo, el murmullo respiratorio es débil, hasta el ángulo del omóplato; y desde este punto hasta la base, falta completamente. La auscultación de la voz en la misma región supra-espinosa, enseña que ahí existe broncofonía, que resuena poco desde la espina del omóplato hasta su ángulo, y que desde ese punto hasta la base tenemos la voz telefónica.

En el lado derecho se percibe un soplo tubario, desde el vértice hasta la fosa sub-espinosa, y broncofonía notable en toda esta extensión. Desde la fosa sub-espinosa hasta la base se encuentran frotamientos pleurales y debilidad del murmullo respiratorio.

Es evidente, pues, que en el lado izquierdo existe un derrame desde el ángulo del omóplato hasta abajo, y que la matitez que produce esta colección líquida es la que ha venido á confundirse con la de la región precordial. En el lado derecho no hay derrame, supuesto que podemos percibir el frotamiento de las dos hojas pleurales.

El soplo tubario que hemos encontrado en los dos vértices, nos demuestra que háy una condensación, en estas porciones, del parenquima pulmonar; y como no podemos admitir la existencia de una pulmonía doble, ni de una tuberculosis, puesto que faltan todos los antecedentes y fenómenos que les acompañan, me inclino á creer que se trata de una esclerosis pulmonar. En aquellos puntos del órgano en donde sólo hemos encontrado debilidad del murmullo respiratorio y obscuridad á la percusión, es casi evidente que existe edema pulmonar.

Todas estas alteraciones que hemos encontrado en la parte posterior de los pulmones, nos explican fácilmente por qué hemos hallado la respiración suplementaria en la parte anterior de ellos.

En el vientre hay una ascitis evidente de medianas proporciones, y por la palpación hemos visto que el hígado ha aumentado su volumen y se ha endurecido; pero no se perciben en él los movimientos de expansión de que he hablado antes.

Este enfermo sucumbió, y el 2 de Julio se hizo la autopsia. Ella nos demostró que realmente existía un derrame en la pleura izquierda y que el pulmón derecho estaba adherido á la hoja pleural parietal, en su parte posterior é inferior. Se encontró además en el vértice de cada pulmón y en una extensión mucho más grande, en el lado izquierdo, la esclerosis que se diagnosticó.

El corazón izquierdo estaba hipertrofiado, y dilatado él derecho: ambas válvulas estaban insuficientes; los bordes de la mitral estaban endurecidos y retraídos; los cordones tendinosos acortados. Estas dos alte-

raciones producían la susodicha insuficiencia. La tricúspide estaba sana; pero la cavidad del ventrículo, dilatado, así como también el orificio aurículo-ventricular, de modo que la insuficiencia era relativa.

En el orificio aórtico se encontraron dos de las válvulas sigmoideas ligeramente adheridas una con otra, circunstancia que producía un pequeño estrechamiento en este orificio; pero eran suficientes, puesto que el agua no pasaba de la aorta al ventrículo.

El ligero estrechamiento aórtico de que hablamos, pasó enteramente desapercibido, y sólo hemos tenido noticia de él por la autopsia. Necesito pues indicar á vdes. las causas que determinaron esta omisión; pero antes quiero entrar en algunos detalles acerca de la manera de enunciar el momento de la revolución cardíaca en que se verifica cada soplo, para deducir de ahí el sitio y la naturaleza de la lesión.

Un Profesor de Clínica está obligado á facilitar, en cuanto sea posible, la exploración é interpretación de los fenómenos que se encuentran en el organismo enfermo.

El método seguido hasta ahora, para deducir cuál sea la lesión del orificio afectado, según el momento de la revolución cardíaca en el que se comprueba el soplo, es realmente sencillo; pero lo es especialmente para el médico que estudia en su cliente, á sangre fría, los signos que presenta y trata de interpretarlos; pero para los jóvenes estudiantes, que ya sea en el momento de su examen, ó al estudiar á un enfermo en presencia de sus condiscípulos, está más ó menos preocupado, el asunto no es tan sencillo. Yo he visto más de una vez á jóvenes bien instruídos, que en tales cir-

cunstancias, no han podido determinar á qué lesión ni á qué orificio correspondía un soplo dado.

He aquí la clasificación hecha hasta ahora: soplos en el primero ó en el segundo tiempo, y soplos en el pequeño ó en el gran silencio.

Esta manera de clasificar los ruidos anormales, es defectuosa; porque no todos los clínicos están de acuerdo en dividir en el mismo número de partes la revolución cardíaca. Unos la dividen en cuatro, á saber: *primer ruido, pequeño silencio, segundo ruido y gran silencio*. Otros, con Franck y muchos modernos patólogos, dividen la revolución en tres tiempos: 1º Primer ruido; 2º Pequeño silencio y segundo ruido; 3º Gran silencio.

En esta diversidad de interpretaciones y opiniones hay necesariamente una confusión, cuando se dice que un ruido está en determinado tiempo.

Otros clasifican los soplos con la designación de sistólicos y de diastólicos, lo que es más racional; pero habiendo sístole ventricular y auricular, han hecho una subdivisión para llamarlos, sistólicos, diastólicos y presistólicos. Esta multiplicación trae consigo la confusión de ideas y dificulta al estudiante resolver prontamente lo que pasa en los orificios del corazón, durante estos momentos de la revolución del órgano.

Por estos motivos, yo en otras ocasiones he propuesto á mis discípulos otra manera de apreciar y distinguir los soplos. Para que vdes. se formen una idea exacta de mi modo de proceder, deben fijarse en que cada revolución cardíaca está formada de una contracción y una relajación ventricular: que durante la contracción, la sangre no puede más que salir de los ven-

trículos y de ninguna manera penetrar en ellos; mientras que, durante la relajación, la sangre sólo puede entrar y de ninguna manera salir. Así, yo distingo los ruidos en soplos de impulsión ó de salida, y en soplos de aspiración ó de entrada. Toda la dificultad está en determinar si el soplo es de salida ó de entrada; pero basta considerar que la contracción del ventrículo empieza con el primer ruido ó cerradura de las válvulas aurículo-ventriculares; que dura mientras dura el pequeño silencio; y termina inmediatamente antes de que se verifique el segundo ruido. Que por otra parte, la diástole principia con el segundo tono, dura todo el gran silencio y termina inmediatamente antes que se verifique el nuevo primer ruido.

Lo trabajoso consiste en que, al auscultar el corazón pueda uno formarse idea clara de cuál es el primero y el segundo ruido; cuál el pequeño y el gran silencio. Esto se consigue fácilmente, atendiendo al ritmo cardíaco y procurando apreciar el momento de la impulsión y el de la relajación del órgano. Con muy poco trabajo llega uno á habituarse á esto, y á determinar si un soplo dado coincide con la impulsión ó salida de la sangre, ó con la aspiración ó su entrada.

Por otra parte, fijense vdes. en que los dos focos inferiores de auscultación, son los de las válvulas aurículo-ventriculares, y por consiguiente en ellos se auscultan los ruidos de entrada de la sangre. Los dos focos superiores son los arteriales y por tanto, en ellos se oyen los de salida.

Con estos dos datos es ya sumamente fácil clasificar cualquier soplo que se presente. Así: un soplo de entrada en orificio de entrada, indica necesariamente

que la sangre experimenta alguna dificultad al penetrar en el ventrículo y por consiguiente que se trata de un estrechamiento. Un soplo de salida en el mismo orificio de entrada, indica que la sangre se sale por donde sólo debería entrar, y por lo mismo que la válvula está insuficiente. Un soplo de salida, en un orificio de salida, da á entender que la sangre tropieza con algún obstáculo, y por tanto que hay un estrechamiento: un soplo de entrada en un orificio de salida, hace comprender que la sangre entra por donde sólo debería salir, deduciéndose de ahí, que se trata de una insuficiencia.

En esta manera de considerar las cosas, poco nos interesa que la revolución cardíaca se divida en un número más ó menos considerable de porciones, y hacemos completamente á un lado los ruidos presistólicos. Sólo debemos averiguar si el ruido anormal se presenta durante la contracción ó durante la relajación de los ventrículos.

En nuestra próxima conversación nos ocuparemos del asunto que hemos dejado hoy pendiente, á saber, ¿por qué no se pudo diagnosticar en nuestro enfermo el ligero estrechamiento aórtico que nos puso de manifiesto la autopsia del cadáver?

LECCION SEXTA.

(Julio 13 de 1894.)

Continuación del asunto de la anterior.—Mecanismo de la producción de los ruidos del corazón.—Ineficacia del tratamiento en las lesiones del ventrículo derecho, por los tónicos cardíacos.

SEÑORES:

En nuestra última reunión, recomendaba á vdes. un método sencillo para hacer rápidamente el diagnóstico de las diferentes lesiones de algún orificio cardíaco. Todo se reduce á no olvidar, que en los focos inferiores de auscultación, se perciben los ruidos de entrada de la sangre; mientras que en los dos superiores se oyen los de salida. Con este dato y buscando en seguida si el ruido que se oye es de entrada ó de salida, lo que no es más difícil que determinar si tal ruido es diastólico ó sistólico, inmediatamente se deduce la naturaleza de la lesión del orificio.

Ahora debo ocuparme en explicar á vdes. por qué pasó desapercibido para nosotros, el ligero estrechamiento aórtico de que les dí cuenta anteriormente.

Debo antes explicarles el mecanismo de la producción de los ruidos cardíacos, para de ahí deducir que los producidos por los estrechamientos de los orificios, se presentan siempre más tarde que los ocasionados por las insuficiencias.