

"base que en la punta. El corazón estaba medianamente aumentado de volumen: el ventrículo izquierdo sumamente pequeño, retraído y formando pliegues en la superficie: la aurícula izquierda pequeña, y conteniendo muy poca sangre. El ventrículo derecho algo voluminoso formaba la punta del órgano: la aurícula derecha sumamente voluminosa y llena de sangre, sobre todo el apéndice. El tejido muscular tenía un color amarillo pálido que se asemejaba al color de una hoja seca. Las paredes del ventrículo izquierdo, las de la aurícula del mismo lado, y las del ventrículo derecho estaban notablemente adelgazadas; sólo la aurícula derecha estaba ligeramente hipertrofiada. Las válvulas sigmoideas de la aorta estaban sanas; pero los tubérculos de Arantius parecían un poco abultados. Las sigmoideas de la arteria pulmonar estaban muy inyectadas; pero funcionaban fisiológicamente. La válvula mitral tenía un color pálido, estaba sumamente engrosada, sobre todo en su borde libre y éste estaba muy retraído, hasta el grado de que su circunferencia sólo medía cinco centímetros. Había, pues, un estrechamiento notable y el endurecimiento de su borde libre hacía á la válvula insuficiente. La tricúspide estaba sumamente inyectada y más estrecha que la mitral, pues la circunferencia de su borde libre medía solamente cuatro centímetros escasos. El borde estaba muy retraído, pero no engrosado; de manera que era más bien cortante. Los tendones de los músculos papilares existían todos; pero estaban retraídos é impedían que la válvula se cerrase. Esta tampoco se podía abatir, porque la retracción de su borde li-

"bre se lo impedía. Formaba, pues, una especie de cúpula invertida, con una abertura circular de bordes cortantes; pero tan estrecha que apenas recibía la yema de mi dedo pequeño, que es bien delgado. El hígado un poco endurecido y de aspecto mosqueado. Había ligero derrame en la cavidad peritoneal.

"El tejido celular estaba infiltrado de serosidad, sobre todo en las extremidades inferiores. Por último, había manchas petequiales diseminadas en el tegumento externo.

"Esta observación, que como ya he dicho pasó á la vista de todos los cursantes de 5º año de 1880 y de los cuales algunos pertenecen ya á nuestra Escuela,¹ se presta á consideraciones muy importantes.

"1º Las pericarditis y las endocarditis pueden desarrollarse sin ningún movimiento febril y con muy poco ó ningún síntoma subjetivo. Es verdad que nuestro enfermo dijo haber tenido calentura antes de venir al hospital; pero la verdad es, que el termómetro nunca pasó de la normal, mientras nosotros observamos al paciente. Por otra parte, el ligero dolor de que el enfermo se quejó al principio y la calentura que nunca se volvió á presentar, pudo ser producida por la pleuresía, cuyas consecuencias encontramos en el cadáver, determinando las adherencias con el pericardio. Esta suposición es tanto más favorable, cuanto que esos síntomas fueron muy pasajeros; mientras que la pericarditis duró mucho más tiempo, supuesto que determinó un espesamiento tan notable en la hoja visceral de esa serosa. Las endo-

¹ El Sr. Dr. Ramos.

“ carditis ciertamente fueron de mucha más duración,
 “ atendiendo por una parte á los progresos rápidos de
 “ la enfermedad, y por otra á que en el cadáver en-
 “ contramos todavía la viva inyección del endocardio
 “ que tapiza las cavidades derechas. Así, pues, la peri-
 “ carditis y la endocarditis en nuestro enfermo, fueron
 “ apiréticas é indolentes.

“ 2º La marcha de las afecciones valvulares produ-
 “ cidas por las endocarditis, puede ser muy rápida.
 “ Cuando el enfermo salió del hospital tenía los signos
 “ de una ligera insuficiencia mitral; mientras que diez
 “ días después volvió ya con una insuficiencia y una
 “ estenosis tales, que producían un doble soplo áspero
 “ y muy intenso, con un estancamiento notable en la
 “ pequeña circulación, como lo demostraba la tos, la
 “ dispnea y el tinte violado de la cara. Además, cuan-
 “ do este enfermo entró al hospital, su enfermedad
 “ estaba principiando y en el espacio de cuatro meses
 “ terminó con su vida, dando lugar á las gravísimas
 “ lesiones valvulares que hemos descrito.

“ 3º Los soplos de las insuficiencias se presentan
 “ antes que los de los estrechamientos, á lo menos tra-
 “ tándose de las válvulas aurículo-ventriculares. La
 “ autopsia nos ha enseñado que el proceso estenótico
 “ fué el que dominó, supuesto que la retracción del
 “ borde valvular llegó á un grado verdaderamente
 “ exagerado, y sin embargo, el soplo de la insuficien-
 “ cia fué el primero que se marcó.

“ A la verdad que este resultado, está conforme con
 “ las consideraciones teóricas; porque la menor insu-
 “ ficiencia produce un escape de la sangre hacia la au-
 “ rícula, determinado por la enérgica contracción del

“ ventrículo, y esta vena fluida debe producir un
 “ ruido.

“ En la estenosis, al contrario, se necesita que ésta
 “ sea bastante marcada para que se produzca una ve-
 “ na fluida al pasar la sangre de la aurícula al ventrí-
 “ culo. En otros términos; la insuficiencia por peque-
 “ ña que sea, determina la producción de vena fluida;
 “ mientras que en la estenosis se necesita que ésta
 “ esté un poco avanzada para que pueda determinar
 “ la formación de una vena fluida.

“ 4º Esta observación demuestra, que en la estenó-
 “ sis de la tricúspide se puede producir un ruido dias-
 “ tólico ó de entrada, de la misma manera que se
 “ produce en la estenosis de la mitral; pero con la di-
 “ ferencia de que en la primera el ruido se modifica
 “ por los movimientos de la respiración, disminuyen-
 “ do de intensidad durante la espiración y aumentan-
 “ do durante la inspiración; mientras que en la segun-
 “ da no se ha señalado este fenómeno.

“ En el estudio de las afecciones valvulares, los au-
 “ tores han procedido con las exigencias que pide el
 “ riguroso método científico. No se han querido dejar
 “ impresionar por ideas meramente deductivas, sino
 “ que han buscado casos en los que existiera una de-
 “ terminada lesión de orificio, estando sanas las demás
 “ válvulas y ver entónces cuáles eran los síntomas
 “ propios de aquella lesión. Así ha marchado la cien-
 “ cia con paso firme en el terreno de los descubri-
 “ mientos y por eso no ha sido posible hasta ahora
 “ asignar á la estenosis de la tricúspide sus síntomas
 “ propios.

“ No se ha encontrado hasta hoy un solo caso en

“ que esta lesión haya existido aislada, y siempre que
 “ se la ha visto ha coexistido con lesiones análogas en
 “ el corazón izquierdo. Ahora bien, como no siempre
 “ es fácil decir si tal ó cual ruido pasa en el ventrí-
 “ culo derecho ó en el izquierdo, no era posible, más
 “ bien dicho, no era científico asegurar, que tal ruido
 “ fuese debido á la estenosis de la tricúspide más bien
 “ que á la de la mitral.

“ En la observación que yo presento, no se llenan
 “ las exigencias que requiere el método científico, su-
 “ puesto que nuestro enfermo no ha sido una excep-
 “ ción de la regla, sino que llevaba una doble lesión;
 “ pero la circunstancia de haberlo podido observar
 “ desde el principio de su mal, hasta el fin; el hecho de
 “ haber visto nacer y aumentar la lesión mitral, y des-
 “ pués presenciar la aparición del nuevo ruido, tan di-
 “ ferente de los anteriores, dan á esta observación un
 “ valor excepcional.

“ En efecto, el primer ruido anormal que apareció
 “ fué el soplo suave de impulsión, con su máximum
 “ en la punta y propagándose hacia la axila. Cuando
 “ el enfermo volvió (diez días después) tenía ese mis-
 “ mo soplo pero más fuerte y más áspero, y además
 “ otro aspiratorio, ó de entrada, teniendo su máximum
 “ en la punta también, y como el otro, propagándose
 “ hacia la axila. Estos soplos eran debidos evidente-
 “ mente á la estenosis é insuficiencia de la mitral. Más
 “ tarde, sin duda, vino una nueva endocarditis que
 “ encontrando cambiadas las relaciones fisiológicas en
 “ el trabajo de los dos ventrículos, supuesto que el
 “ ventrículo derecho trabajaba más activamente por
 “ el aumento de presión en la pequeña circulación,

“ se fijó, entonces, de preferencia en la válvula tricús-
 “ pide y determinó la estenosis exageradísima en esa
 “ válvula. En ese momento apareció el ruido áspero
 “ y sonoro tan distinto de los soplos de que he habla-
 “ do antes. No se puede, pues, dudar de que este rui-
 “ do era diferente de los producidos por la lesión mi-
 “ tral, y como este ruido era de aspiración ó de entra-
 “ da, tenía que ser producido por la estenosis de la
 “ tricúspide.

“ Pudiera todavía objetarse diciendo, que el soplo
 “ primitivo de la estenosis de la mitral se podía haber
 “ transformado por los progresos del mal; pero esta
 “ suposición viene por tierra cuando se recuerde que
 “ al desaparecer este ruido con la tos ó los esfuerzos
 “ del enfermo, se dejaba oír el antiguo soplo con todos
 “ sus caracteres, y el cual no se modificaba con los
 “ movimientos respiratorios.¹

“ Por último, la circunstancia de modificarse este
 “ ruido, de una manera tan palpable, por los movi-
 “ mientos respiratorios, demuestra que no era debido
 “ á la estenosis mitral, supuesto que hasta ahora na-
 “ die ha observado que este ruido se modifique por
 “ la respiración.

“ Para concluir diré: que la quinta consideración

¹ A las razones dadas, cuando publiqué esta historia para explicar la diferencia de los dos ruidos aspiratorios, debo agregar ahora que el ruido particular producido por la estenosis de la tricúspide y que se asemejaba al sonido producido por una cuerda floja, queda explicado por el estado de los bordes de esta válvula. Recuérdese lo que he dicho al hablar de los resultados obtenidos por la autopsia, cuando he insistido en que los bordes de la válvula tricúspide estaban muy adelgazados y eran como cortantes. Es evidente que estas condiciones físicas deben haber influido para producir ese ruido tan distinto de los soplos ordinarios.

“que se deduce de esta historia, es que la penetración de la sangre venosa de la aurícula al ventrículo derecho, no sólo se debe al vacío que se produce en el ventrículo durante la diástole y (como se ha creído) á la contracción de la aurícula que antecede á la del ventrículo: sino que es debida, sobre todo, á la aspiración de la sangre venosa durante la ampliación torácica en cada movimiento de inspiración.”

He querido dar cuenta á vdes. de esta historia detalladamente, porque ella puede servir para aclarar algún punto dudoso de la ciencia, relativo á saber cuáles son los signos físicos que se producen en el estrechamiento de la válvula tricúspide. Verdad es, que esta historia no reúne todas las condiciones requeridas por el rigor científico, para poder deducir seguramente las consecuencias; pero si esperamos á tener un caso en el que sólo exista el estrechamiento tricúspide, para poder deducir los signos físicos de esta lesión, probablemente se pasará toda la vida sin conseguir nuestro objeto. La observación con que acabo de dar cuenta, reúne varias condiciones que la hacen excepcional: en primer lugar, se ha podido estudiar al enfermo desde el principio de su enfermedad hasta el fin, y seguir paso á paso los progresos de las lesiones de los orificios. Las diferentes tonalidades de los ruidos mitrales, y de los ocasionados en la válvula tricúspide, impedía confundir los unos con los otros. La circunstancia de desaparecer el ruido tricúspide durante la espiración, permitía asegurarse, de que aún existía el soplo mitral; y por último, el detalle excepcional, del reforzamiento inspiratorio, y la disminución y aun desaparición espiratoria, quitaba toda duda de

que este ruido no es el que acostumbramos oír en los estrechamientos mitrales. Pero todavía hay más: la concordancia que existe entre la forma de borde cortante de la válvula tricúspide estrechada, y el carácter particular del ruido producido, que era como el de la vibración de una cuerda floja, dan casi la evidencia de que era producido por el estrechamiento de la tricúspide.

Aparte de la importancia que bajo este punto de vista tiene nuestra historia, nos enseña, además, la verdad de la proposición que me propuse demostrar á vdes. en nuestra conversación de hoy. Decía al principio de ella: que durante la inspiración se produce un aflujo de sangre negra hacia la aurícula derecha, y la historia de nuestro enfermo nos está confirmando este aserto, cuando vemos que el ruido producido por el paso de la sangre de la aurícula hacia el ventrículo, se exacerba notablemente durante el acto inspiratorio, y disminuye de una manera perceptible, cuando este tiempo es reemplazado por el de la espiración.

El tiempo avanza y tengo necesidad de terminar, ofreciendo á vdes. que en nuestra próxima reunión concluiré este asunto y empezaré á estudiar los fenómenos que pasan durante el acto espiratorio.