

pueden organizarse? Bucquoy (1), admitiendo una explicación propuesta por Broca para los coágulos de los aneurismas, cree que en ciertas condiciones, un coágulo puede penetrarse y como infiltrarse por una exudación plástica procedente del endocardio inflamado, y entonces puede encontrarse vascularización y restos de organización pertenecientes, no á la fibrina del coágulo, sino á la linfa plástica misma.

Los *síntomas* á que han dado lugar estas concreciones durante la vida son, según los autores y las observaciones que estos han referido, una *opresión considerable*, una *gran ansiedad* y á veces *lipotimias*; el *corazón late con fuerza*, *estensión é irregularidad*, hay *congestiones venosas*, el *pulso es pequeño*, se *enfrian las extremidades*, y según Bouillaud, se percibe un *ruido de fuelle*, unas veces simple y otras sibilante. En las observaciones citadas se hallan los signos que acabamos de indicar; pero aun prescindiendo de que no son constantes, hay por lo común en la enfermedad principal razones suficientes para explicar estos accidentes. Así, pues, sin querer decir que estos signos no pertenezcan á las concreciones polipiformes del corazón, debemos hacer notar que la observación no ha puesto todavía bastante fuera de duda su importancia, y que falta aun mucho que hacer respecto á este particular.

Las concreciones polipiformes de esta especie presentan á veces dimensiones enormes, y tenemos á la vista muchas observaciones en que un cuerpo de esta naturaleza ha llenado toda una aurícula, al mismo tiempo que un ventrículo entero, y todavía enviaba prolongaciones á los vasos; pero no está perfectamente probado que hubiese realmente adherencia del coágulo á un punto del corazón, y así es que mas bien estamos autorizados á colocar estos casos en la primera categoría. Otras veces, por el contrario, estas concreciones tienen mediana extensión, residen en las inmediaciones de uno de los orificios, sobre los cuales puede en algunos casos deprimirse, constituyendo así las vegetaciones movibles de que habla Corvisart. Estas producciones se adhieren de un modo evidente por un pedículo mas ó menos ancho, de tal suerte, que no es posible arrancarlas quedando intacta la membrana interna del corazón. En estos casos se ven algunas veces tramas vasculares en el tejido de nueva formación, de lo que cita un ejemplo Maximiliano Rigacci (2), y Vernois ha presentado á la Sociedad anatómica inyecciones que habían penetrado hasta estas producciones morbosas.

Algunas veces estas concreciones polipiformes están como infiltradas de serosidad, y hay casos en que contienen también una materia purulenta, que según Bouillaud, puede haber sido segregada por ellas después de su organización. Se concibe fácilmente que entonces pueden tomar un color particular, amarillo ó rosado, mayor dureza, y con-

(1) Bucquoy, *Des concrétions sanguines*, tesis de agregación, 1863.

(2) Rigacci, *Anthologia*, febrero de 1828.

fundirse, como en efecto las han confundido algunos autores, con pólipos sarcomatosos (1).

Las transformaciones que sufren las concreciones polipiformes del corazón han sido en estos últimos años objeto de estudios especiales, que se han consignado en las Memorias de Lemarchand (2), de Bucquoy (3), etc. Ya Andral y Laennec habían puesto en duda la purulencia de los coágulos y creían que la materia puriforme que se encontraba en su interior era resultado de la disgregación de la fibrina. Hughes, Rokitansky, Virchow y otros autores, pusieron fuera de duda la cuestión. Hé aquí, según Charcot (4), cuál es la composición de este líquido piodés; se ha encontrado: 1.º una sustancia amorfa que parece ser la fibrina disgregada; 2.º una prodigiosa cantidad de granulaciones moleculares; 3.º cierto número de glóbulos redondeados, pálidos, un poco mas voluminosos que los glóbulos rojos de la sangre, y que parecen ser glóbulos blancos. Los pretendidos *quistes purulentos* del corazón, formados sin existencia de infección purulenta, parece que no tienen otro origen. Lemarchand insiste sobre una particularidad indicada ya por Hughes; y es que el reblandecimiento comienza en las concreciones sanguíneas por los puntos primeramente formados.

Después de lo que hace poco hemos dicho respecto á la poca constancia de los signos y síntomas generales, se comprenderá que el *diagnóstico* es muy oscuro. En cuanto á los efectos que produce la presencia de estos cuerpos de nueva formación, naturalmente nos inclinamos á admitir que deben ser muy graves, puesto que es evidente que en ciertas posiciones pueden ofrecer un gran obstáculo á la circulación. Esta es, pues, una nueva causa de enfermedades orgánicas del corazón, de obstrucción de los orificios, y por consiguiente de dilatación é hipertrofia, que llegan á ocasionar la muerte.

¿Qué diremos del *tratamiento* de las concreciones polipiformes? Este punto es demasiado oscuro para que se pueda decir nada con precisión, aun en lo que toca á medios paliativos. Las *emisiones sanguíneas* son el medio principal que recomienda Bouillaud, y habiendo atendido Legroux á la propensión que tiene la sangre á coagularse, ha creído que sería útil administrar las *sales de potasa y de sosa* como disolventes de este líquido. Estos medios solo podrán ser verdaderamente útiles, en los casos en que no se haya formado una adherencia orgánica, porque si esta existiese, ya no se trataría de disolver un coágulo, sino de fundir un tejido nuevo.

(1) En estos casos sumamente raros puede haber pólipos enteramente carnosos, de los que se halla un ejemplo en el periódico de Pigné (*Ann. de l'annat. et de la phys. path.*). ¿Cuál es el origen de esta producción? Es imposible decirlo, y se comprende que con tan pocos elementos sería hasta inútil indagarlo. En los casos que acabo de citar había síntomas de una estrechez del orificio aurículo-ventricular izquierdo.

(2) Lemarchand, Tesis inaugural, París, 1862.

(3) Bucquoy, Tesis mencionada, p. 48.

(4) Charcot, *Bull. de la Soc. de biologie*, 1851 y 1854.

ARTÍCULO III.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO PROPIO DEL CORAZON.

Generalmente son mal conocidas las enfermedades del tejido propio del corazón, y si se exceptúa la hipertrofia, las demás solo han llamado la atención de los médicos de un modo secundario, lo cual no debe sorprendernos, porque fuera de esta excepción, las demás afecciones son raras, presentan síntomas oscuros ó se hallan enteramente fuera del alcance de los recursos de la ciencia. Por este motivo trataremos rápidamente de muchas de ellas, y lo mismo haremos con algunas, que aunque admitidas por la mayor parte de los autores, solo las presentaremos en este capítulo como simples lesiones anatómicas dependientes de otra enfermedad. De este número son el reblandecimiento inflamatorio del corazón y los absesos, que ó no tienen síntomas propios ó estos son sumamente vagos, y que en realidad no son otra cosa mas que resultados de la carditis.

1.º APOPLEGÍA DEL CORAZON.

Esta afección es sumamente rara, y apenas la conocemos mas que bajo el punto de vista de la anatomía patológica. Ya en algunos casos consignados en los diversos periódicos se habia hecho mención de la infiltración de sangre en el tejido del corazón, y Kreisig habló de ella en su obra. Cruveilhier (1) ha descrito un *reblandecimiento apoplejiforme*, que puede compararse á la apoplejía capilar del cerebro. Hemos hallado en las obras de Hope y Gendrin dos casos de apoplejía del corazón, y los autores del *Compendium* han citado uno que han observado en un enfermo que tenia viruelas. En un caso de *púrpura hemorrágica* que se presentó á la Sociedad anatómica, habia igualmente focos apoplejicos en las paredes del corazón. Pero, vuelvo á repetirlo, todos estos diversos hechos solo se han estudiado bajo el punto de vista de la anatomía patológica.

Por lo comun la sangre está acumulada en focos pequeños, que constituyen derrames diseminados y separan las fibras musculares. Nunca se ha observado esta lesión en el estado de simplicidad y siempre se la ha hallado coincidiendo con reblandecimiento mas ó menos adelantado del corazón, que es lo que ha movido á Cruveilhier á darle el nombre de *reblandecimiento apoplejiforme*. No tenemos ningun signo particular que pueda referirse á esta lesión.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, ent. XXII, en folio con láminas.

2.º CARDITIS.

La carditis es una de las enfermedades del corazón menos conocidas. Es raro, como lo hace notar Bouillaud, que se la halle en estado de simplicidad, porque dice este autor, que siempre la encontró con la pericarditis ó la endocarditis, y así es que le parece imposible, lo mismo que á Corvisart y á Laennec, poder formar su diagnóstico. Lo mismo sucede, añade Bouillaud, con los absesos, las úlceras y las dilataciones parciales que suele producir.

Hemos tomado de diversos autores diez y ocho observaciones á propósito para ilustrar las diversas cuestiones que se refieren á la carditis, y vamos á analizarlas rápidamente. Separamos á un lado los reblandecimientos que se han observado en el curso de las enfermedades febriles, y principalmente de la calentura tifoidea, porque las investigaciones de Louis (1) han probado que no tenia absolutamente ninguna parte en ellos la inflamación, y porque aunque así no fuese, solo se los deberia considerar como lesiones secundarias. David Craigie (2) ayudado de las observaciones que ha reunido, hace la historia de la inflamación y de la supuración del corazón. Se encuentra en el tratado de Stokes (3) y en el de Niemeyer (4) datos preciosos casi todos relativos solamente á la anatomía patológica de la miocarditis.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La carditis es la inflamación del tejido propio del corazón, que unas veces se ha designado con el nombre de *carditis* ó *inflamación del tejido muscular del corazón*, y otras con los de *reblandecimiento*, *ulceraciones* y *absesos*, lesiones que son los efectos de la enfermedad.

Esta afección es bastante *rara*, y así solo se halla en los autores un corto número de casos, y aun muchos de ellos dejan todavía dudas en el ánimo de los lectores.

§ II.—Causas.

Es muy difícil indicar las *causas* de la carditis, porque esta afección se desarrolla con frecuencia en el curso de otra enfermedad, bien sea del corazón, bien de los demás órganos. Las afecciones febriles, y en particular al *reumatismo articular*, son las mas frecuentemente indicadas. En una de las observaciones existia una flebitis. Lo mas frecuente, como hemos visto, es que la carditis coincida con la *endocar-*

(1) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, Paris, 1841, 2.ª edición, t. I, p. 299.

(2) David Craigie, *Edinb. med. and surg. Journ.*, 1848.

(3) Stokes, *Traité des maladies du cœur*, trad. Senac., 1864, p. 110.

(4) Niemeyer, *Elements de pathologie interne et de thérapeutique*, trad. Culmann y Sengel, 1865, t. I, p. 356.