

La medicacion antiflogistica ha sido la única en que se ha tenido un poco de confianza.

PRECAUCIONES GENERALES QUE SE DEBEN TOMAR EN EL TRATAMIENTO DE LA CARDITIS.

Silencio absoluto. Prohibir todo movimiento brusco y violento. Mantener el vientre libre. Evitar el enfriamiento y toda causa de emociones vivas.

5.º ROTURAS DEL CORAZON.

Solo tenemos que añadir unas cuantas palabras á lo que ya dejamos dicho acerca de las roturas del corazon. Esta afeccion las mas veces constituye un accidente imprevisto. Este accidente es mucho menos raro de lo que á primera vista se pudiera creer, puesto que haciendo investigaciones en un corto número de autores, hemos llegado á reunir diez y nueve casos bien evidentes.

Estas roturas reconocen á veces por *causa* una violencia exterior, de lo cual Berard (1) y Ferrus (2) han referido ejemplos notables. Otras veces se efectúa la rotura del corazon despues de algunos dias de una enfermedad, por lo comun mal caracterizada.

Puede tambien reconocer por causa la degeneracion grasosa, el aneurisma parcial, los absesos en las paredes cardiacas, los derrames apopléticos del tejido del corazon.

El doctor Taylor (3) ha referido un caso de rotura del ventriculo derecho que produjo la muerte repentina en una mujer que al parecer gozaba de completa salud á pesar de tener un bocio voluminoso.

Es raro que perciban los sugetos un *dolor* vivo en la region precordial antes del momento en que aparecen los signos de la perforacion; sin embargo, el doctor Roché (4) ha notado en dos casos, como un sintoma muy importante de la rotura del corazon, una sensacion de *dolor urente* y de *quemadura inesplicable* en la region precordial. Mas por lo comun, despues de un *malestar* que dura por mas ó menos tiempo, de una pequeña *dificultad de respirar* y á veces de *sincofes*, cae de pronto el enfermo como herido de un golpe violento y muere repentinamente. Este curso de la enfermedad solo se observa en los casos en que hay una rotura que hace comunicar las cavidades del corazon con el pericardio; pues cuando la perforacion se efectúa en el tabique interventricular, hay sintomas menos alarmantes de los cuales ya hemos dicho algo antes de ahora. En algunos sugetos parece que la rotura del corazon se verifica en varias veces, ó bien que siendo al

(1) Berard, *Arch. gen. de med.*, t. X, p. 370.

(2) Ferrus, *Arch. gen. de med.*, t. VIII, p. 463.

(3) Taylor, *The Lancet*, noviembre de 1843.

(4) Roche, *Journ. de conn. med.-chir.*, junio de 1845.

principio poco estensa para dejar salir una cantidad bastante grande de sangre, llega al fin á hacerse mas considerable y ocasiona una muerte pronta. Fischer (1) cita un caso que ofrece un ejemplo muy notable de esta particularidad y en el cual no ha sucumbido el enfermo hasta despues de muchas accesiones que se han presentado en el espacio de cuarenta y ocho horas, habiéndose hallado en la autopsia una rotura que se estendia verticalmente desde la punta á la base del ventriculo izquierdo.

Las *lesiones* á que dá origen la rotura del corazon no deben detenernos mucho tiempo. En el artículo CARDITIS hemos indicado ya las que dependen de la inflamacion parcial del corazon, y nos contentaremos con añadir aquí que en los casos de violencia exterior presenta ordinariamente este órgano una solucion de continuidad irregular, como rasgada, y sin reblandecimiento muy considerable de sus bordes. Tambien debemos decir que la perforacion puede ser á veces múltiple, como sucedió en un caso muy interesante que cita Morgagni (2). Algunas veces la rotura del corazon es producida por una violencia exterior sin que haya una contusion muy considerable en las paredes del pecho; así el doctor Sallusse (3) cita un caso en que se habia roto el corazon á consecuencia de una patada de un caballo en el pecho, sin que hubiere mas lesion exterior que una contusion muy ligera.

Dubreuil (4) ha descrito un corazon roto, cuya rotura ocupaba toda su longitud desde la base de los ventriculos hasta el vértice del órgano: la muerte fué repentina. La consistencia mas bien estaba aumentada que disminuida. El autor no se decide acerca de la causa de la rotura, pero atendidos los detalles de la observacion se puede creer que ha habido violencia exterior.

No nos detendremos mas en esta lesion grave, que, volvemos á repetirlo, es de muy poco interés bajo el punto de vista patológico y terapéutico, de la cual era necesario decir alguna cosa, porque presenta algunas particularidades que no dejan de tener alguna importancia en la medicina legal.

4.º ANEURISMAS PARCIALES DEL CORAZON.

La dilatacion parcial del corazon ó aneurisma verdadero pasa por ser una afeccion muy rara: sin embargo, el doctor John Thurnam (5) ha reunido ochenta y cuatro casos, de los que ha dado una análisis muy interesante, y en estos últimos años han citado los autores ingleses un número considerable de hechos nuevos.

(1) Fischer, *Journ. de Hufeland*.

(2) Morgagni, *De caus. et sed. morb.*, epist. LXIV, 2.

(3) Sallusse, *Il filiatre sebezio*, octubre de 1834.

(4) Dubreuil, *Journ. de la Soc. de med. prat. de Montpellier.—Des anomalies arterielles*; Paris, 1847, p. 43 y siguientes.

(5) Thurnam, *Medico-chirurg. Transact. of London*, t. XXI, p. 187, 1838.

§ I.—Definición, formas.

Para admitir la existencia de una dilatación parcial del corazón, es necesario que haya en un punto limitado de una cavidad, una especie de cavidad suplementaria, de abertura más ó menos estensa. Thurnam ha admitido, en vista de los hechos que ha observado, dos formas de aneurismas parciales: en la primera no hay ninguna prominencia al exterior y la dilatación solo se efectúa en una parte del grosor de las paredes ventriculares; en la segunda hay en la superficie esterna un tumor cuyo grueso varía entre el de una nuez y el del mismo corazón.

§ II.—Causas.

Entre cuarenta casos, Thurnam ha hallado treinta individuos del sexo masculino y diez tan solo del femenino, y respecto á la edad solo hemos visto un ejemplo de esta enfermedad antes de los veintiún años, pues exceptuando este caso, los demás han variado entre los veintiuno y los ochenta años, y el número de individuos ha sido sobre todo considerable de veintiuno á treinta años y de sesenta á ochenta años. Las demás causas son mucho menos importantes, y solo es notable que de diez y seis sujetos haya hallado ocho soldados, cuya coincidencia tal vez dependa del número proporcionalmente mayor de autopsias que ha hecho en estos últimos. Se han notado también en algunos casos el reumatismo, las emociones vivas y las violencias exteriores, pero es demasiado corto el número de hechos para que se pueda deducir de ellos la menor conclusión.

Hemos visto anteriormente que el aneurisma parcial podía depender de una carditis, produciendo un tejido calloso en un punto de sus paredes que se deja distender por la presión sanguínea (Niemeyer).

§ III.—Síntomas.

La invasión de esta enfermedad ha parecido á veces repentina, y Thurnam cita tres casos de este género en los que se han observado y notado cuidadosamente palpitations violentas, un dolor más ó menos vivo, una gran ansiedad, y en una palabra, muchos de los síntomas que pertenecen á la rotura del corazón cuando no ocasiona la muerte repentina. Sin embargo, se debe decir que esta invasión repentina no está perfectamente demostrada, porque no es muy raro hallar enfermedades del corazón muy oscuras en un principio, y por consiguiente, la afección ha podido muy bien marchar en su principio de un modo sordo y después aparecer repentinamente á cierta época de su duración, por la influencia de una causa cualquiera. En algunos otros casos no hay ningún síntoma que anuncie la invasión de la enfermedad. Thurnam cita dos ejemplos, en los que habiendo muerto

los sujetos á consecuencia de otra afección, se ha hallado en la autopsia una dilatación parcial del corazón muy evidente, á pesar de hallarse en su primer período y de no haber llamado nunca la atención del enfermo. El aneurisma que Bielt y Breschet (1) hallaron en la autopsia de Talma es todavía un ejemplo más notable. Pero por lo común se observa que los síntomas que caracterizan este aneurisma y que vamos á describir, se van desarrollando poco á poco y hacen incansables progresos.

Los síntomas principales son unas palpitations más ó menos violentas, pero de las cuales solo se hace mención en un corto número de casos; un dolor precordial variable ó tan solo una sensación incómoda en esta región, y una disnea á veces extrema llevada á la ortofnea, cuyo síntoma es el que se cita con más frecuencia en las observaciones. En algunos enfermos se ha notado además una ansiedad muy viva, agitación y temor á la muerte, y más raras veces síncope ó una disposición á padecerlos; por último, hay una hidropesía más ó menos estensa que puede considerarse como dependiente principalmente de otras afecciones del corazón.

Raras veces se ha indicado el estado del pulso, y en algunos casos se han hallado los latidos de la arteria sumamente débil. Finalmente, en algunos sujetos se ha comprobado la existencia del pulso venoso, la congestión venosa de la cara, hemorragias nasales ó pulmonares, y en una palabra, los síntomas que pueden considerarse como comunes á todas las afecciones orgánicas del corazón. En dos casos que han observado Little y Halliday-Douglas (2), se percibía un ruido de fuelle y un murmullo en el primer tiempo, y en otros dos, que debemos á Todd (3) y Hanna (4), había un ruido de fuelle doble que reemplazaba á los dos ruidos normales.

§ IV.—Curso, duración y terminación.

El curso de la enfermedad es muy variable: sin embargo, se puede decir que es bastante lento y que tiende continuamente á hacer progresos. No varía menos la duración, puesto que según las investigaciones de Thurnam se ha observado un enfermo que ha muerto al cabo de cerca de diez días, al paso que en otros ha durado la afección desde tres ó cuatro meses hasta quince años. Igual variedad se nota también en la terminación, según los casos. En la mitad de los casos en que se ha observado, la muerte ha sido repentina: tres veces un síncope arrebató á los enfermos, siete veces una hemorragia en el pericardio por rotura del corazón y una vez una hemorragia en la pléura izquierda producida por la misma causa. Así se debe considerar á la dilatación parcial del corazón como una de las causas más eficaces de la rotura de

(1) Breschet, *Répertoire de anatomie et de physiologie*.

(2) Halliday-Douglas, véase *Arch. gen. de med.*, 4.^a série, t. XIX, p. 338.

(3) Todd, *Lond. med. Gaz.*, agosto de 1846.

(4) Hanna, *Dublin medical Journ.*, t. VII.

este órgano. Por lo comun se rompe por el mismo saco aneurismático, pero en un caso hubo la particularidad de que el ventriculo sufrió una solucion de continuidad, pero no en el mismo saco, sino en un punto muy próximo. En muchos casos aparecen como causas de la muerte una apoplejia, una hemorragia nasal, síntomas de asfixia, ó bien enfermedades totalmente estrañas al corazon.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas han sido particularmente estudiadas, y se han citado los diferentes hechos referidos por un gran número de autores de anatomía patológica, desde Galeati (1757) y Walter (1) hasta nuestros dias, hechos que son en general muy conocidos. La dilatacion parcial del corazon se ha hallado principalmente en las cavidades izquierdas y sobre todo en el ventriculo. Entre los hechos que ha recogido el doctor Thurnam, no hay uno solo en que se haga mencion del aneurisma parcial del ventriculo derecho, y en cuanto al aneurisma parcial de la aurícula de este lado, es por lo menos sumamente raro, puesto que apenas se citan mas casos de esta lesion que la observacion referida sucintamente por Puerarius: sin embargo, el doctor Canella (2) habla de otro ejemplo, en que el tumor ocupaba la region media del ventriculo derecho, y á pesar de no hallarse al parecer alterada la salud, sobrevino la muerte repentina.

Unas veces consiste la lesion en una simple escavacion en la pared del corazon, y otras, como ya dejamos dicho, en una gran cavidad á la cual se penetra por una abertura en algunos casos mucho mas estrecha que el fondo. Cuando la dilatacion es muy considerable, solo está formado el fondo del saco aneurismático por algunas fibras musculares y por el pericardio. Se ha dicho que en un caso solo estaba limitada esteriormente la cavidad accidental por el endocardio y el pericardio reunidos. Segun Thurnam, en veinticinco sugetos constituian el fondo de esta cavidad todos los tejidos que entran en la composicion de las paredes del corazon, es decir, que en estos casos hubo un aneurisma sin rotura del endocardio; pero es muy fácil cometer un error en los casos de este género, como lo ha hecho notar Bizot, porque se forma muy pronto una falsa membrana enteramente semejante á la membrana interna del corazon, que viene á cubrir el fondo del foco aneurismático; y aun admitiendo que no suceda esto en los casos en que la dilatacion es muy poco considerable, cuesta trabajo creer que el endocardio haya podido resistir á la gran distension que debió sufrir en los enfermos en que se ha creido que formaba solo con el pericardio el fondo del tumor.

Un aneurisma parcial que se forma en un ventriculo, se puede

(1) Walter, *Nouv. mem. de l' Acad. de Berlin*, 1785.—Lauth, *Scriptorum latinorum de anevrysmatibus collectio Argentorati*, 1785.

(2) Canella, *Giornale dei progr. di medic.*, marzo de 1844.

abrir á veces en otro, como ha sucedido en un caso que ha observado el doctor Jonathan Pereira en la clinica del doctor Luke (1).

A veces tambien el aneurisma es *disecante*, de lo que se halla un ejemplo en el caso de Todd anteriormente citado. El aneurisma que partia de un lado del ventriculo y pasaba por detrás de una válvula sigmoidea, iba á parar á la arteria, y por el otro conducia á una bolsa aneurismática distinta que formaba prominencia en la aurícula derecha. Los síntomas eran los siguientes: disnea estrema, hidropesía, congestion del hígado, pulso débil y salton, ruido de fuelle sistólico y suave en la punta y hácia el ángulo del omóplato izquierdo. Ruido fuerte de fuelle en la base del corazon, que reemplazaba al segundo ruido. El doctor Bewill Peacock ha citado (2) un caso en que un aneurisma parcial del corazon que ocupaba la punta de este órgano, se rompió en el pericardio, y el sugeto que se hallaba muy enfermo sintió un dolor repentino y dislacerante en la region precordial, luego un síncope y murió á los cinco dias.

Con mucha mas frecuencia se halla el saco aneurismático vacío que lleno de coágulos, y estos son algunas veces fibrinosos y consistentes, como las concreciones sanguíneas de algunos aneurismas antiguos de la aorta. El sitio de predileccion de la dilatacion parcial del corazon es hácia la punta del ventriculo izquierdo, á la que siguen las demás partes de este ventriculo, y finalmente, las paredes de la aurícula del mismo lado. Sucede á veces que se efectúan varias de estas dilataciones á un tiempo en un mismo sugeto, y en dos se han hallado una vez tres y otra cuatro. Es tambien muy frecuente que haya otras lesiones muy variadas del corazon que compliquen á las que acabamos de describir.

§ VI.—Diagnóstico y tratamiento.

En algunos casos se ha indicado la existencia de un ruido de fuelle en el primer tiempo; pero ¿no dependeria este signo de una enfermedad concomitante de los orificios del corazon? En realidad el diagnóstico es casi imposible.

Tratamiento. Es evidente que nada se puede decir respecto al tratamiento, porque no se ha empleado ninguno en particular contra la enfermedad que nos ocupa, y así pues debe entrar necesariamente en el de la dilatacion del corazon y de la hipertrofia, con las cuales se ha confundido este aneurisma parcial.

5.º DILATAACION GENERAL DEL CORAZON.

§ I.—Definicion y frecuencia.

Con este nombre designamos á la dilatacion del corazon, bien sea

(1) Jonathan Pereira, Véase *Lond. med. Gaz.*, octubre de 1845.

(2) Bewill Peacock, *Edinb. med. and surg. Journ.*, octubre de 1846.

que afecte todas las cavidades, bien que permanezca limitada á una de ellas. Este es, pues, el *aneurisma pasivo* de Corvisart. Esta afeccion, segun todos los autores, es *muy rara*, sobre todo si se reserva su nombre para los casos en que existe la dilatacion con adelgazamiento de las paredes de la cavidad dilatada. No sucederia otro tanto si se tratase bajo el mismo titulo de la dilatacion con cierto grado de hipertrofia, porque entonces la afeccion llegaria á ser un poco mas frecuente; pero estos últimos casos nos parece que deben unirse á la hipertrofia propiamente dicha, en razon á que la dilatacion mayor ó menor de las cavidades no cambia en nada la naturaleza de la enfermedad.

La dilatacion con adelgazamiento ó aneurisma pasivo es tan sumamente rara que Louis no ha observado ni un solo caso, y los autores antiguos no parece que tuvieron tampoco ocasion frecuente de hallarle. William Hunter, Lancisio (1), Burns, Corvisart (2) y Laennec han citado algunos ejemplos, pero por desgracia, á pesar de haber dicho estos autores que el corazon se hallaba dilatado y adelgazadas al mismo tiempo las paredes, no han entrado en los pormenores que serian necesarios para poder formar una opinion bien fija, porque se concibe fácilmente que una cavidad muy dilatada no presente el grueso de sus paredes proporcionado á su gran capacidad, sin que por eso haya un adelgazamiento notable. Asi, pues, no basta decir con Lancisio que el corazon estaba considerablemente demacrado, ó con Corvisart que las paredes estaban muy adelgazadas, sino que es tambien necesario tomar cuando menos un punto de comparacion que pueda darnos una idea exacta de este adelgazamiento. No obstante, en algunos casos ha sido tan considerable la disminucion del grueso de las paredes, que ha llamado mucho la atencion de los observadores, y apenas es posible dudar de su existencia.

§ II.—Causas.

La principal *causa* de esta lesion vendria á ser, segun Corvisart, un obstáculo á la circulacion que residiese en uno de los orificios, en cuyo caso bastaria el esfuerzo que la sangre detenida en la cavidad ejerciese sobre las paredes para producir la dilatacion. Pero se ha observado que cuando hay este obstáculo lo que se produce no es una simple dilatacion, sino una dilatacion con hipertrofia, en cuyo concepto no se diferencia el corazon de los demás órganos huecos que se hipertrofian cuando hay un obstáculo que se opone al curso de las sustancias que los atraviesan. Todo, pues, induce á creer que hay otra causa, y que esta es cierto grado de reblandecimiento. Hope ha visto en estas circunstancias el corazon reducido casi á una película, y se concibe muy bien que con un reblandecimiento semejante, el obstáculo al curso de la sangre que ha indicado Corvisart tenga el resultado

(1) Lancisio, *Opera omnia*, t. II, *De morbis subitancis*.

(2) Corvisart, *Loc. cit.*, p. 405.

que este le atribuía; pero volvemos á repetirlo, parece que es indispensable este reblandecimiento.

La dilatacion se produce tambien cuando el corazon está alterado por la *degeneracion gasosa*, cuando sus paredes se han afectado por una *inflamacion anterior del tejido muscular*; en una palabra, en todas las condiciones en que se disminuye la energía de la fibra muscular. En estas condiciones se presenta un obstáculo en el curso de la sangre, las paredes cardíacas en lugar de actuar enérgicamente contra este obstáculo, se dejan dilatar y *forzar*. Además es menester notar que las cavidades de paredes mas débiles son por lo general las que mas se afectan de dilatacion; así es que en las aurículas se encuentran dilatadas con mas frecuencia que los ventrículos, y entre estos la lesion es mas frecuente en el derecho que en el izquierdo.

La dilatacion del ventrículo derecho reconoce por causa todos los obstáculos que tienen su asiento en la circulacion pequeña, es menester añadir la *estrechez mitral* que frecuentemente la determina. Las *enfermedades del pulmon*, y sobre todo las crónicas, por la dificultad que oponen á la circulacion pulmonal, son causa frecuente de la dilatacion del corazon derecho; tambien deben mencionarse las *deformaciones del tórax* que producen esta dilatacion por un mecanismo análogo; Sottas (1) ha mencionado recientemente algunos ejemplos.

§ III.—Síntomas.

Los *síntomas* de la dilatacion con adelgazamiento son muy difíciles de precisar, porque apenas se hallan algunos que dejen de presentarse en la mayor parte de las enfermedades orgánicas del corazon, y que no falten en muchos casos en que ha podido admitirse la existencia de la dilatacion. La *incomodidad*, el *estorbo* que los enfermos sienten en la region precordial no presenta nada de particular. El *sonido á mazo*, segun todos los observadores, es mas estenso que en la hipertrofia, al paso que por el contrario el *impulso* del corazon es mucho mas débil. Por la auscultacion no se percibe ningun ruido anormal que sea propio y esclusivo de la dilatacion con adelgazamiento, pero los *ruidos normales* están, segun muchos autores, notablemente modificados, y son mas secos y mas claros que en el estado de salud, sobre cuya particularidad ha insistido especialmente Hope, que cita varios ejemplos en apoyo de esta asercion. El ruido que principalmente sufre esta trasformacion es el primero, y de este modo se parece al segundo que es naturalmente claro. Ya Laennec habia hecho iguales observaciones.

El *pulso* débil, blando y muy depresible, la *dificultad* mayor ó menor de *respirar*, consecuencia de la lentitud de la circulacion, el *en-*

(1) Sottas, *De l'influence des deviations vertebrales sur les fonctions de la respiration y de la circulation*, tesis inaugural, Paris, 1865.

friamiento de las estremidades, efecto de la misma causa, la *detencion* de la sangre en todo el sistema venoso, y finalmente el *edema* y la *anasarca* son los signos principales que se han podido apreciar en el corto número de observaciones detalladas que se han recogido. Vemos, pues, que el valor de estos signos es muy dudoso; y es tanto mas dudoso, repito, cuanto que no habiendo dado los autores la medida exacta del corazón adelgazado, siempre quedará alguna incertidumbre acerca de la existencia de la enfermedad en un gran número de casos.

La dilatación del ventrículo derecho produce con frecuencia el *pulso venoso* en las yugulares, debido á una insuficiencia de la válvula tricúspide. Esta insuficiencia es secundaria y resulta de la amplicación del orificio aurículo-ventricular y no de una enfermedad de la misma válvula.

§ IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

No se ha hecho ninguna investigación satisfactoria respecto al *curso* de esta afección, lo mismo que en cuanto á su *duración*. Su *terminación* ha sido siempre funesta en los casos bien auténticos que se han publicado.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Los efectos de esta dilatación llevada á su mas alto grado son aumentar en un doble y á veces en un triple su capacidad, y presentar las paredes de esta cavidad adelgazadas á veces de un modo extraordinario, blandujas, descoloridas, que se aplastan cuando se pone el corazón sobre una mesa, que ceden á la menor presión y se suelen rasgar con mucha facilidad. Se ha notado además que las fibras carnosas estaban mas separadas que en el estado natural, que la punta del corazón se hallaba mas ó menos redondeada, etc.

§ VI.—Diagnóstico.

El signo principal que se ha indicado es el ruido normal claro y breve, y que si á este se agrega la debilidad del pulso, la extensión del sonido á macizo y la poca intensidad de la impulsión, son los únicos síntomas que pueden hacer sospechar la existencia de una dilatación.

§ VII.—Tratamiento.

En cuanto al *tratamiento* me basta decir que debe ser casi el mismo que el del reblandecimiento del corazón: sin embargo, si la detención de la sangre fuese muy considerable no se debia dudar en hacer *sangrías* bastante abundantes, porque una cantidad excesiva de sangre acumulada en las cavidades del corazón tiende á aumentar la lesión

que se quiere combatir. Cuando es muy grande la debilidad, se prescriben ordinariamente los *tónicos* y sobre todo los *ferruginosos*.

Algunos autores han admitido una *dilatación sin hipertrofia ni adelgazamiento*, afección de la cual debería yo hablar ahora; pero prescindiendo de que es sumamente rara y muy poco conocida, no presenta nada que la permita distinguir de una hipertrofia con dilatación, para que sea necesario describirla por separado.

6.º HIPERTROFIA DEL CORAZON.

De todas las afecciones orgánicas del corazón la hipertrofia es la que se ha conocido de mas antiguo, habiendo descrito muchos autores antiguos con el nombre de palpitaciones un gran número de casos que pueden referirse á esta enfermedad, y observado otros igualmente esta afección bajo el título de *aneurisma*. Así, pues, es sumamente difícil distinguir en los autores que nos han precedido lo que en realidad pertenece á la hipertrofia, en razón á que con este nombre confundían precisamente muchas enfermedades distintas en la actualidad.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Hay *hipertrofia del corazón* siempre que está aumentado el espesor de sus paredes, bien sea en toda la extensión del órgano, ó bien en algunas de sus partes. El conocimiento de las medidas que hemos dado antes de ahora es especialmente importante para poder apreciar esta enfermedad, porque en efecto no bastaría que nos limitásemos á decir que el corazón está hipertrofiado por haber llegado á tener tal ó cual espesor, en razón á que una medida absoluta podría ser, según la edad ó bien menor ó bien mayor que en el estado normal.

Esta afección ha recibido los nombres de *palpitaciones*, *latidos del corazón*, *aneurisma del corazón*, *enfermedad orgánica del corazón* y *aneurisma activo*.

Su *frecuencia*, sin ser excesiva, es bastante grande, y hasta algunos médicos han asegurado que habia aumentado en estos últimos tiempos.

§ II.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

Si se exigiese una demostración rigurosa de las causas que se han indicado como capaces de producir la hipertrofia, serían poco satisfactorios los datos que suministran los autores. Casi estaria tentado el lector al verlas tan hipotéticas á pasar en silencio la mayor parte de estas supuestas causas; sin embargo, hay algunas de las cuales es preciso decir dos palabras. Los datos que tenemos respecto á la *edad* y al *sexo* considerados como causas predisponentes son poco exactos, y