

gica la respiracion prescribiendo un *ejercicio* mas ó menos violento, haciendo dar gritos, ejecutando grandes movimientos, etc. Los *baños de aire comprimido* que se usan en otras afecciones podrian tener aplicacion en esta; pero además de que obrando de este modo sobre un fenómeno sin destruir su causa, solo se puede producir á lo mas un alivio momentáneo, se conoce que esta práctica podria tener inconvenientes en un gran número de casos, y por otra parte estas indicaciones están fundadas mas bien en ideas teóricas que en la experiencia. Así, pues, el médico debe ser sumamente reservado en la administracion de los medios que acabamos de indicar.

Tambien se han recomendado *friegas secas* ó *fricciones balsámicas*, hechas habitualmente en la superficie del cuerpo, y los *pediluvios y maniluvios* calientes, ó haciéndolos *escitantes* por la adición de la sal, de la mostaza, etc.

Cuando se observe que á poco tiempo de haber nacido un niño presenta signos de congestion venosa, hé aquí, segun Gintrac, lo que se debe hacer: ponerle en disposicion de que respire un aire puro, darle en todo su cuerpo friegas secas ó fricciones aromáticas y envolverle en vestidos calientes. Pero los casos en que se puede coger así la enfermedad en su invasion son raros, y lo son mucho mas todavía aquellos en que, segun Thiebaut, se puede dejar correr cierta cantidad de sangre del cordón umbilical.

Ordinariamente se debe prescribir un *régimen* corroborante, que sin embargo no escite demasiado. Los enfermos harán un ejercicio moderado al aire libre, y sobre todo lo que se llama un *ejercicio pasivo*, es decir, paseos cortos á caballo ó en carruaje, evitando las carreras muy precipitadas.

Tales son los medios que generalmente se emplean contra esta enfermedad, y á los que se han agregado *la conducta que se debe seguir en los accesos de sufocacion*, las lipotimias y los síncope; pero debe recurrirse, por decirlo así, á la reunion de estos medios. Los pediluvios y maniluvios irritantes, las fricciones escitantes á la superficie del cuerpo, y en particular á la region precordial, la ingestion de agua fria en el estómago ó en el recto, y las afusiones frias, han logrado en muchos casos aminorar la duracion de las accesiones. En cuanto á la sangría, solo la emplean los prácticos en casos extremos, y segun los autores puede entonces poner inmediatamente término á una accesion alarmante, ó producir, por el contrario, la muerte repentina. Pero se puede dudar que esté demostrado este último hecho cuando se considera que sin practicar ninguna emision sanguínea sobreviene muchas veces en una accesion la muerte repentina.

Resúmen y prescripciones. Acabamos de ver que las emisiones sanguíneas, los narcóticos y los derivados forman la base del tratamiento, y así será fácil formular prescripciones apropiadas, atendiendo á los pormenores que quedan espuestos; me limitaré por esta razon á presentar la siguiente

PRESCRIPCION.

PARA UN ADULTO, EN UN CASO DE CONGESTION CONSIDERABLE Y DE SUFOCACION FRECUENTE.

- 1.º Para bebida: infusion de flor de tilo dulcificada con jarabe de flor de naranjo.
- 2.º Tomar todas las noches una pildora de 3 á 5 centigramos de extracto gomoso de opio ó de estramonio.
- 3.º Cuando los accesos de sufocacion llegan á hacerse demasiado violentos y la congestion muy considerable, una sangría de 200 á 350 gramos.
- 4.º En los casos de congestion considerable del hígado, ocho á quince sanguijuelas al ano.
- 5.º Friegas secas ó fricciones aromáticas á la superficie del cuerpo, y principalmente á la region precordial.
- 6.º Pediluvios y maniluvios irritantes por la mañana.
- 7.º Alimentos en corta cantidad y nutritivos; abstenerse del vino puro y de licores alcohólicos; ejercicio moderado.

En los niños de corta edad se empleará la misma prescripcion, solo que en vez de la sangría se pondrán tres, cuatro ó seis sanguijuelas al ano, cuyo sitio es el mas favorable para esta aplicacion.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, antiespasmódicos, narcóticos, revulsivos, diuréticos, régimen y cuidados higiénicos.

10. ASISTOLIA.

Creemos indispensable el dar como complemento de la historia de las enfermedades del corazón, el análisis de uno de los mas notables trabajos de Beau sobre el estado que designa con el nombre nuevo de *asistolia* (1). Aparte de algunas esplicaciones y deducciones teóricas, que no todos los médicos aceptan, y de las que es necesario dejar al autor su responsabilidad, este trabajo es uno de los mas importantes de los tiempos modernos, y en nuestra opinion debe colocarse á la par de los del mismo Bouillaud. Con placer consignamos aquí que Beau, salvando los errores de un *puro anatomismo*, concede gran parte á los *fenómenos dinámicos* ó *vitales*, ensanchando el campo de sus observaciones y aun el de sus esplicaciones.

Beau parte de estas observaciones muy ciertas: «1.ª la autopsia nos

(1) Beau, *Traité experimentale et clinique d'auscultation*, Paris, 1856, p. 318.

desmiente con frecuencia cuando queremos precisar el diagnóstico de una alteración anatómica del corazón: 2.^a se encuentran con frecuencia en el corazón enfermedades caracterizadas por los síntomas racionales más positivos, cuya gravedad aumenta hasta que sucumben los enfermos y no se encuentran en la autopsia fenómenos que expliquen suficientemente los síntomas observados y la muerte. Otras veces sucede lo contrario, existe una alteración valvular demostrada por síntomas indudables, pero el sujeto apenas presenta síntomas racionales, y puede vivir mucho tiempo sin alteración notable en su salud: 3.^a en fin, en las enfermedades del corazón hay generalmente lesiones demostradas en la autopsia que es muy difícil no referir á los síntomas observados durante la vida, tales como la dilatación de las cavidades izquierdas con pequeñez extrema del pulso, la hipertrofia de las paredes con dificultad de la circulación. Todas estas dificultades pueden explicarse, dice Beau, si se las relaciona con un *principio patogénico* que las aclara de un modo satisfactorio.

Antes de dar á conocer este principio patogénico, espone Beau primero la serie de síntomas racionales que en todo tiempo han llamado la atención de los observadores; hé aquí su enumeración:

La cara está *inyectada*, sobre todo en las mejillas y los labios, el color de esta inyección es rojo y con frecuencia morado. Hay *tumefacción de los párpados*. Las *venas próximas al corazón*, tales como las del cuello y la cara, se ponen *tumefactas*, lo que se manifiesta sobre todo en las *yugulares externas* y no se desingurgitan ni aun durante las inspiraciones. Estas venas presentan con frecuencia *ondulaciones ó pulso venoso*. La *pequeñez del pulso* es también un hecho muy conocido. A estos síntomas que indican del modo más positivo que *la sangre tiene obstáculo para recorrer el círculo*, hay que añadir otras que demuestran el embarazo de las funciones cardíacas. Esta dificultad en el tránsito de la sangre por las arterias determina una *sensación de pena*, embarazo ó peso en la *región precordial*. Añadiremos también la *disnea*, la *congestión de los pulmones*, del *hígado* y del *bazo* que pueden llegar hasta la *apoplejía* y favorecer las *hidropesías*.

El autor añade que quizá haya sido el primero en lamentar que este grupo de síntomas tan natural no haya sido considerado aparte recibiendo nombre que le dé una existencia patológica. Pero esta observación no es fundada. Laennec (1) decía que esta reunión de síntomas permitía reconocer una enfermedad del corazón «al primer golpe de vista» y dió de ella una buena descripción. Después de él Bouillaud, Andral, Gendrin, Hope hacen mención de ella. Pero hay más, estos autores dieron nombre á esta colección de síntomas: Corvisart (2) le llamó *facies propria*; Stokes (3) la refiere á lo que llama *weakness or de-*

(1) Laennec, *Traité d'auscultation médicale*, 4.^a ed., Paris, 1837, t. III, p. 159.

(2) Corvisart, *Essai sur les maladies du cœur*, Paris, 1806, p. 373.

(3) Stokes, *The diseases of the Heart*, Dublin, 1834. Véase *Traité des maladies du cœur*, trad. Senac, 1864.

ficient muscular power of the heart. En fin, Racle (1) había ya en 1854 caracterizado los diversos fenómenos que producen las enfermedades del corazón con el nombre de *tipo cardíaco*.

Como quiera que sea, esta cuestión que solo lo es de hecho, hé aquí en qué consisten las opiniones enteramente nuevas de Beau.

La reunión de estos fenómenos no debe referirse directamente á un obstáculo mecánico á la circulación: depende de un estado de debilidad del corazón que no permite á esta viscera vencer y forzar las dificultades del tránsito. Esta insuficiencia del sístole en unión con los fenómenos enumerados anteriormente recibe el nombre de *asistólica*. «La *asistolia*, dice Beau, es, pues, una alteración de función que puede unirse ó no á otras diferentes lesiones del corazón.

Las *causas* de la asistolia son de muchos órdenes. En primera línea figuran los obstáculos: «Esta condición es evidente en los casos de estrechez del orificio. La oleada tiene, en efecto, dificultad de franquear el orificio estrechado, pero la naturaleza previsora refuerza é hipertrofia las paredes cardíacas hasta un punto suficiente para que la fuerza expulsiva de la oleada sea proporcionada á la potencia del obstáculo que debe vencer. De este modo el corazón funciona, como de ordinario, sin lentitud de la circulación, esto es, sin asistolia. En este caso se encuentran las personas en las que existen signos físicos de estrechez de un orificio sin que se presenten los fenómenos racionales de las enfermedades orgánicas del corazón. Pero este equilibrio sostenido entre la fuerza de contracción y el obstáculo no dura siempre por lo común. Al cabo de un tiempo, que varía mucho, á veces desde el principio de la lesión valvular, sobre todo si la estrechez es considerable, las paredes cardíacas, aunque estén afectadas de hipertrofia, se hacen impotentes para lanzar por completo la oleada por el orificio estrechado. En este momento hay entorpecimiento de la circulación cardíaca, la cavidad colocada por encima de la estrechez se dilata y aparecen los diferentes signos racionales de las enfermedades del corazón, esto es, los síntomas de asistolia.»

Beau explica también estos síntomas por la presencia de otro obstáculo cuando los orificios no se han estrechado. Si por una causa cualquiera el corazón ha perdido su energía contráctil el peso de la columna sanguínea arterial ó pulmonar se hace muy considerable, los ventrículos no se contraen y el éstasis sanguíneo se produce poco á poco. «En este caso se producen lesiones anatómicas fáciles de comprender: la oleada sanguínea no puede salir de la cavidad impotente de contraerse, y se distiende poco á poco, terminando por afectarse de una *dilatación*, y por consecuencia de la ley patológica admitida por todo el mundo: las paredes de esta cavidad se *hipertrofiarán* poco á poco.»

Así según Beau la asistolia depende siempre de un obstáculo, sea

(1) Racle, *Traité du diagnostic médicale*, 1854.

real, sea relativo contra el que choca la contracción insuficiente de las paredes cardíacas.

¿Pero cuáles son las causas que pueden disminuir la energía de estas contracciones? son las siguientes:

1.º «Las diversas circunstancias fisiológicas ó morbosas que hacen acumular la sangre en las cavidades derechas del corazón, sea que llegue en mayor cantidad de la periferia, sea que tenga dificultad de atravesar el órgano pulmonar para penetrar en las cavidades izquierdas. Se concibe que esta acumulación de sangre distienda en grado considerable las paredes cardíacas, por lo que se rehacen con dificultad sobre sí mismas y su contracción no se verifica sino de un modo débil é incompleto. A este género de causas deben referirse la enfermedad llamada *asma*, *enfisema*, *bronquitis de estertores vibrantes generalizados*. La afección del corazón resultante de este acúmulo de sangre que dilata las paredes cardíacas y las hace inhábiles para contraerse bien, es completamente semejante á la dificultad de espulsión de la orina cuando hay un acúmulo exagerado en la vejiga cuyas paredes distendidas en exceso han perdido gran parte de su fuerza contráctil.

2.º «Otra causa que obra sobre las paredes cardíacas para disminuir la energía de sus contracciones, es la anemia globular... La sangre no tiene fuerza estimulante.

3.º «En fin, otro orden de causas que obra como los dos precedentes, son las morales, es decir, el pesar profundo, la desesperación, la contrariedad, el miedo, etc.»

Si tales son las causas de la asistolia se comprende que puede presentarse y desaparecer para declararse de nuevo siguiendo una especie de intermitencia; basta pues suponer que el corazón pierde y adquiere alternativamente su fuerza contráctil.

Las deducciones que Beau ha basado sobre el principio que propone, son muy interesantes y seductoras. Pero debemos limitarnos á presentar los puntos fundamentales.

«Por sus seductoras concepciones, dice Racle (1), hace Beau de la asistolia una enfermedad, una entidad patológica. Si ha dado poca importancia á las lesiones de los orificios no considerándolas sino como causas ocasionales, ha sido aun menos generoso con la hipertrofia que la coloca en un lugar completamente secundario. La hipertrofia no es una enfermedad primitiva, existente por sí misma; es un efecto secundario que resulta de una necesidad funcional; el corazón se hipertrofia para aumentar su fuerza de acción; por esta razón ha merecido el nombre de *hipertrofia providencial*. En fin, como no hay medio de detenerse en pendiente semejante, la *digital* sería la *quinina del corazón*, porque es verdad que este medicamento aminora los fenómenos de la asistolia, y ¿cómo podría hacerlo sino tonifica, sino aumenta la potencia contráctil del corazón?

(1) Racle, *Loc. cit.*, p. 368.

«De toda esta teoría no aceptamos mas que la asistolia, es decir, la debilidad del corazón; pero no podemos ver una enfermedad ni la causa de la hipertrofia. Creemos que no constituye mas que un elemento de las enfermedades del corazón, elemento á veces forzado, necesario y otras futuro, eventual. La asistolia podía, como la adinamia en las fiebres, presentarse ó faltar; de modo que tal enfermedad del corazón sin lesión propia para alterar la circulación, determinaría éstasis sanguíneas, hidropesías, disnea, etc.; en estos casos la alteración circulatoria, no sería por un obstáculo material dependencia solamente de que el corazón había caído en asistolia. Y reciprocamente con obstáculos muy evidentes de los orificios, estos mismos síntomas faltarían porque el corazón no presentaba asistolia. Se explicaría por la aparición ó decrecimiento de este fenómeno, la producción ó curación alternativas de las hidropesías, disnea, etc., en el mayor número de las afecciones del corazón.»

11. CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN.

Dirigiremos una ojeada por los artículos que preceden á fin de indicar algunos hechos importantes de que no se ha podido hacer mención.

El hecho mas general que se desprende de cuanto queda dicho, es lo sumamente raro que es el encontrar en las enfermedades del corazón una lesión en estado de simplicidad. Así es que al mismo tiempo que hallamos las diversas alteraciones del endocardio y las deformidades de los orificios, vemos las enfermedades del tejido propio del corazón, como la hipertrofia, el adelgazamiento ó la dilatación. De aquí se deduce que el práctico no debe esperar hallar con frecuencia aislados los signos que caracterizan á cada una de estas lesiones, sino que tiene que dedicarse á separar las unas de las otras y á formar de este modo el diagnóstico de las afecciones complejas, que se ofrecen con mas frecuencia á su observación.

Monneret (1) cree por el contrario, que la terapéutica no puede obtener ninguna ventaja del convencimiento de estas lesiones múltiples; por el contrario el grado de fuerza ó de debilidad con que se manifiesten en las contracciones cardíacas y en los capilares de los órganos y sobre todo sobre el estado de las fuerzas generales, son la fuente de que el médico deducirá las mas acertadas deducciones. Stokes, en la notable obra que hemos citado muchas veces, ha insistido en particular sobre la importancia considerable bajo el punto de vista del tratamiento del estado del músculo cardíaco. «En las condiciones vitales y anatómicas de la fibra muscular, dice, es donde se encuentra la llave

(1) Monneret, *Compt. red. de la Soc. med. des hop. de Paris. (Union medicale, 24 setiembre, 1832).*

de la patologia cardíaca. Cualquiera que sea en efecto la afeccion que observemos, sus síntomas dependen únicamente de la energía ó debilidad del tejido muscular del corazon, de su parálisis ó de su excitabilidad y del estado de intensidad ó de alteracion de sus elementos anatómicos... Sucede con frecuencia que despues de haber reconocido la existencia de una lesion valvular hay mucha dificultad en determinar con exactitud su asiento y naturaleza... Esta solucion no suele tener por lo comun mas que una importancia muy mínima... Hé aquí los dos puntos prácticos que deben dilucidarse; en primer lugar, ¿los ruidos de soplo son debidos realmente á una causa orgánica? Y despues, ¿cuál es el estado físico y vital del tejido muscular del corazon? Hemos visto en el artículo precedente que Beau sostenia tambien las mismas opiniones refiriendo casi todos los trastornos producidos por las enfermedades del corazon á lo que él llama *asistolia*. Estas consideraciones son justas hasta cierto punto y se verá que nunca las descuidamos. Sin embargo, conviene no dejarnos conducir sobrado lejos; citaremos en comprobacion un ejemplo: podriamos en la insuficiencia aórtica creer en un exceso de tonicidad, mientras que Hope ha demostrado que en semejantes casos son perniciosos los debilitantes.

Por los mismos motivos no se debia aplicar esclusivamente el *tratamiento* á una sola de estas alteraciones, sino que hay que hacer que se agrupen los medios curativos de tal modo que se dirijan á todas las lesiones existentes: sin embargo, hay un número bastante considerable de casos en que dominando una de ellas á todas las demás, llama especialmente la atencion del médico.

Si se han seguido bien los detalles en que hemos entrado respecto á cada una de las afecciones anteriormente descritas, se habrá notado que definitivamente está reducido las mas veces el tratamiento á ser puramente sintomático. Así pues, cuando se observen palpitations violentas con elevacion manifiesta del pecho, si al mismo tiempo hay congestion del higado, edema, ascitis y sufocacion, se deben emplear contra el primer síntoma la *sangría*, la *dieta*, la *quietud*, etc., y contra los demás las *sanguijuelas al ano*, los *diuréticos*, la *digital*, los *calman-tes* y la *paracentesis*.

Debreyne emplea la *tintura de digital* á mayor dosis que la empleada generalmente y la asocia al *nitrate de potasa* del modo siguiente:

T. Infusion de flor de tilo ó agua azurada. 1 vaso.
Nitrate de potasa. 4 gram.

Disuélvase y añádase:

Tintura de digital. 12 gotas.

Para tomar en tres veces al día. Auméntese todos los días la dosis de la tintura seis gotas hasta sesenta al día, siempre en tres veces.

Jägerschmits (1) cita dos casos en que obtuvo con este medio buen resultado.

(1) Jägerschmits, *Bulletin general de therap.*, 30 setiembre, 1854, p. 529.

Piedagnel y Germain Sée (1) obtuvieron buenos resultados con la *ergotina* administrada como sedante en las enfermedades del corazon.

En cierta época de la duracion de las enfermedades del corazon y mejor en algunas, como la *insuficiencia aórtica* y la dilatacion de los ventriculos, los órganos circulatorios se debilitan. De aquí la impotencia del corazon para lanzar la sangre en las arterias, acumulacion de este líquido en sus cavidades, éstasis de la sangre venosa, infusiones serosas, etc. En semejante caso no se puede insistir mucho tiempo en las emisiones sanguíneas, que colocarian al enfermo en una funesta postracion; á veces sobreviene una marcada anemia. En estos casos es menester recurrir á los *tónicos*, y sobre todo á los *ferruginosos*, como hace notar con razon S. Scott Alison (2). Citaremos entre los medios que emplea la *mistura de hierro compuesta*:

T. Mirra pulverizada. 8 gram.
Carbonato de potasa. 4 gram.
Agua de rosa. 432 gram.
Sulfato de hierro. 3 gram.
Espiritu de nuez moscada. 24 gram.
Azúcar. 8 gram.

Tritúrese la mirra con el espíritu y el carbonato; añádase el agua, despues el sulfato, y por el último, el azúcar. Dosis, 30 á 45 gramos al día. Es necesario suspender su empleo de tiempo en tiempo. Hemos visto que la debilidad del corazon es muy frecuente en las afecciones de este órgano, y sobre este estado se fundan las indicaciones terapéuticas. Así oremos con Monneret, Beau, Stokes, etc., que es necesario emplear muchas veces los *estimulantes* y los *tónicos*, y que en muchos casos solo por el empleo de estos medios podemos combatir eficazmente la dificultad en la circulacion y las alteraciones que determina. Gran número de enfermedades del corazon reconocen por causa la dificultad de la respiracion producida por *brónquitis repetidas* y por el *enfisema*, que es por lo comun su consecuencia. Los casos de este género se manifiestan especialmente en las personas de edad avanzada, mientras que en los que se presentan las lesiones de los orificios suelen ser jóvenes, y sobre todo reumáticos. Estos hechos, implicitamente consignados en la historia del enfisema, se han indicado mas particularmente en Inglaterra; y mucho tiempo antes de conocer sus investigaciones las habiamos nosotros considerado. En semejante caso la hipertrofia se presenta á lo menos en un grado tan considerable en las cavidades derechas que en las izquierdas, y los orificios no presentan alteraciones ni hay ruido anormal que perciba la auscultacion. La causa que les produce son las alteraciones de la respiracion, y es evidente que contra estas debe dirigirse la medicacion. Así, despues de haber desingurgitado el sistema venoso cuando la congestion sea muy

(1) Sée, *Société medicale d'emulation y Gaz. des hopitaux*, marzo, 1847, p. 163.

(2) S. Scott Alison, *Bulletin de therap.*, 30 julio, 1851, p. 52.