

Se ha dividido la hidropesía del pericardio en *activa y pasiva*, de las cuales la primera solo se encuentra muy raras veces.

1.º *Hidropericardias activo*. Hope, que nunca ha observado esta especie, pone en duda su existencia, y cuando se analiza el corto número de hechos que refieren los autores, se nota que presentan muchos puntos dudosos que les quitan gran parte de su valor. Solo citaremos como ejemplo la observación que recogió Corvisart (1), la única de que hace mención Reynaud (2), y diremos que es sumamente difícil admitir que hubo en este caso un simple hidropericardias activo, puesto que la membrana serosa presentaba, según afirma el mismo Corvisart, vestigios de una inflamación crónica, y que por otra parte, nada absolutamente se dice del estado del corazón y de los orificios. En otro caso que Casimiro Broussais ha comunicado á Bouillaud (3) se había creído durante la vida que existía un simple hidropericardias; pero en la autopsia se hallaron señales evidentes de pericarditis. Así es preciso admitir que el hidropericardias activo ó idiopático es una enfermedad cuya existencia no se halla hasta ahora demostrada por hechos evidentes, y por consiguiente creemos inútil que nos detengamos mas en hacer su descripción, porque no tendría ninguna ventaja que le espusiésemos los signos que le han atribuido los autores.

2.º *Hidropericardias pasivo*. El hidropericardias que se ha llamado pasivo, es el que se forma en los casos en que una lesión de las vías circulatorias, ó bien un estado morbozo general, ha dado origen á acumulaciones de serosidad en el tejido celular ó en las diversas cavidades serosas.

### § I.—Causas.

Las causas á que se ha atribuido son las *estrecheces de los orificios* que producen las demás hidropesías, las *obliteraciones de las venas*, y todo cuanto pueda ocasionar un obstáculo á la circulación venosa. Reynaud dice que ha observado muchas veces el hidropericardias en casos en que el obstáculo á la circulación venosa no residía en la confluencia de las venas en el centro de la circulación, sino en las ramificaciones capilares venosas del pericardio. En ciertos casos de tisis en que se habían formado adherencias entre el pulmón y la superficie esterna del pericardio, ha encontrado Reynaud tubérculos en mayor ó menor número, y en estado de crudeza, que habían invadido casi todo el grueso de las paredes del pericardio, sin haber no obstante ocasionado aun inflamación manifiesta de la membrana serosa. En estos casos se notaba que ya no existían vasitos pequeños en los puntos en que se habían desarrollado granulaciones tuberculosas, al paso que en los puntos inmediatos había venillas mucho mas desarrolladas que en el estado ordinario, que constituían una especie de plexo mas apa-

(1) Corvisart, *Essai sur les malad. du cœur*, p. 53.

(2) Reynaud, *Dict. de méd.*, t. XV, p. 577.

(3) Bouillaud, *Traité des malad. du cœur*; Paris, 1841, t. II, p. 333.

rente que lo acostumbrado, indicio de una circulación colateral destinada á suplir en parte los vasos obliterados. En estos mismos casos ha visto Reynaud que la cantidad de serosidad derramada en el pericardio era mucho mas considerable que de costumbre, y nos parece natural creer que entonces el hidropericardias no era enteramente el efecto de la agonía, sino mas bien de la causa que acabamos de indicar.

¿Se puede desarrollar el hidropericardias bajo la influencia de causas mas generales, por ejemplo, de las diversas *alteraciones de la sangre*, que dan origen á otras hidropesías? Se concibe muy bien la posibilidad, pero no se han citado ejemplos de este hecho. En la mayoría de los casos citados por los autores se ha visto que el hidropericardias se presenta en los tísicos y que coincide con frecuencia con el hidrotórax. Pleuresía y pericarditis caminando á la par. Pero no solamente se encuentra el derrame en los tísicos; Jhore, hijo, ha publicado (1) una memoria sobre los derrames en el pericardio consecutivos á la escarlatina.

### § II.—Síntomas.

Siendo el derrame la única alteración material de esta enfermedad, los fenómenos que produce son por consiguiente los signos principales del hidropericardias, y consisten en un *sonido á macizo* por lo común muy estenso, como en la pericarditis, una prominencia ó *combadura*, la *distancia* de los ruidos del corazón, y la *falta del ruido respiratorio y de todo ruido anormal*.

Senac creía haber percibido en algunos casos un *movimiento de fluctuación* en la región precordial, que indicaba la oleada del líquido; pero los demás autores no han observado este signo, y todo induce á creer que lo que había percibido Senac eran los latidos del corazón todavía visibles. Corvisart asegura haber sentido la fluctuación por el tacto y haber notado además que el corazón late unas veces en un punto y otras en otro. Tal vez sería un *hidroneumopericardias*, como el que ha observado Bricheteau, quien refiere (2) un caso muy curioso de este género, recogido en un hombre que había recibido un golpe en el pecho con la lanza de un carruaje, y en el que se notaba como síntoma mas culminante un *ruido de fluctuación perceptible al oído*.

Finalmente, se ha notado la sensación de un peso sobre el corazón, y todos han citado la aserción de Reimann y de Saxonia, que aseguran que los enfermos sienten que su *corazón nada en agua*. Pero estos últimos fenómenos distan mucho de ser constantes y de tener el valor que le han atribuido los autores que acabo de indicar; mas no se deduce de aquí, como ellos han creído, que el hidropericardias sea

(1) Jhore, *Archives generales de médecine*, Paris, 1856, 5.ª serie, t. VII, p. 174.

(2) Bricheteau, *Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1844, t. IV, p. 334.

muy difícil de diagnosticar, porque bastan los signos que ya dejamos descritos para conocer la existencia del derrame, y las circunstancias accesorias pueden servir para determinar su naturaleza.

Hay otros síntomas, tales como las palpitaciones, el pulso débil é intermitente, las lipotimias, la dificultad de respirar y de guardar el decúbito dorsal, el alivio que siente el enfermo estando sentado y con el cuerpo inclinado hácia adelante, y la propension á encorvarse del lado izquierdo, que pertenecen á varias enfermedades del corazón, y que sin embargo pueden tener grande importancia en el hidropericardias. Desault (1) fué uno de los que mas han insistido acerca de estos síntomas.

Hé aquí una observacion recogida por Trousseau y que mejor que todas las descripciones hechas en vista de un tratado clásico, demuestra lo que es un hidropericardias.

«Se trata de un jóven de diez y seis años entrado en el Hotel Dieu el 2 de febrero de 1854. A su entrada se observaba una disnea interna; el pulso era frecuente (130 pulsaciones), la cara pálida, algo de tos; á la percusion, macidez considerable en la region del corazón, elevándose al nivel de la segunda costilla estendiendo por el borde derecho del esternon hasta por delante del lado izquierdo del pecho, sin que fuera posible limitarle con exactitud en este sentido. El lado izquierdo era por detrás menos sonoro que el derecho, los latidos del corazón mas oscuros y lejanos, el enfermo no presentaba síncope completo pero á cada paso se encontraba afectado de un estremo desfallecimiento (Vejigatorio, infusion digital). En el trascurso del mes de febrero el pulso permaneció siempre frecuente, los latidos cardíacos se percibian mejor por intervalos y dejaba de notarse alternativamente; la macidez de la region precordial ocupó casi invariablemente una estension de 17 centímetros de alto por 18 de ancho, durante dos dias solamente pareció disminuir; durante este tiempo se percibió un ruido de frote cardíaco sensible sobre todo en la base del corazón; la corvadura de la region precordial se marcó cada vez mas en el lado izquierdo del pecho, los signos de derrame pleurítico se hicieron mas manifiestos; egofonia por detrás y debajo de la escápula, ruido de fuelle.

» El 17 de marzo hacia ocho dias que la corvadura era mayor, y sobrevino abundante diarrea. El enfermo se debilitó y adelgazó, no podia moverse en la cama y el menor movimiento le producía síncope. La cara estaba pálida, lívida; la opresion era suma; la respiracion corta y suspirosa; la percusion de la region precordial y aun la sola aplicacion de la mano producian dolor y angustia; el pulso pequeño y miserable... Se decidió hacer la puncion del pericardio.»

(1) Desault, *OEuv. chirurg.*, t. II, p. 304.

### § III.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

No se han estudiado bastante el curso y la duracion de esta enfermedad, pero sin embargo, podemos decir en atencion á que la descripcion anterior solo se refiere al hidropericardias llamado pasivo, que el curso es lento. En cuanto á la terminacion, como la hidropesia depende de afecciones casi siempre muy graves, es ordinariamente mortal.

### § IV.—Lesiones anatómicas.

En la autopsia cadavérica se hallan además de las diversas alteraciones orgánicas que han causado la muerte, una serosidad de color variable, amarillenta, ligeramente verdosa, rara vez sin color, pero siempre clara, que dilata mas ó menos la cavidad del pericardio, la cantidad del líquido es menor de lo que pudiera creerse. En los casos en que se ha hecho la puncion solo se han estraído 400 á 500 gramos.

### § V.—Diagnóstico.

Ya hemos dicho que no es difícil diagnosticar la existencia de un derrame en el pericardio; ¿pero este derrame depende de una hidropesia ó es el resultado de una pericarditis? No es tan fácil resolver esta cuestion; mas para distinguir las dos especies de derrame, servirán el curso de la enfermedad, el dolor que se ha presentado á una época mas ó menos distante, los accidentes febriles y la falta de las afecciones orgánicas que dán origen al hidropericardias.

### § VI.—Tratamiento.

Los remedios dirigidos contra el hidropericardias lo han sido igualmente contra la pericarditis, que segun los autores es con tanta frecuencia la causa que la produce.

Senac prescribia particularmente los *purgantes* y los *diuréticos*, y entre estos últimos recomienda el *vino escilítico* y unos *polvos compuestos de escila, venetósigo y nitro*. Casi todos los demás autores siguiendo su ejemplo han aconsejado únicamente los medios que se oponen á las hidropesias en general.

*Paracentesis del pericardio.* Ya Rioland habia aconsejado la puncion de la region precordial, que hacia este autor á unos 3 centímetros del cartilago sifoides. Mas tarde Senac (1), despues de haber reflexionado en los peligros de este método, creyó que seria menos arriesgado trepanar el esternon y hacer en seguida la puncion del pericardio, método operatorio que luego ha propuesto Skielderup, á quien

(1) SENAC, *Malad. du cœur*, t. I, p. 175.

sin razon se le atribuyó la primera idea. En cuanto á Desault, que practicó la abertura del pecho en un caso en que creyó que habia un hidropericardias, se servia del bisturi y hacia la incision en uno de los espacios intercostales.

*Puncion con el trócar* (1). Se debe introducir el instrumento entre la tercera y cuarta costilla y á 5 centímetros y medio del esternon, dirigiéndole oblicuamente hácia el origen del apéndice sifoides, á lo largo de las costillas y separándose de ellas lo menos posible; despues que se haya evacuado la serosidad, se tapa la abertura con un parche de diaquilon, lo mismo que en la paracentesis abdominal.

*Abertura con el bisturi.* En un caso en que creyó Desault que habia un hidropericardias, practicó la abertura del pecho del modo siguiente: hizo una incision entre la sesta y sétima costilla del lado izquierdo enfrente de la punta del corazon, y fué dividiendo sucesivamente la piel, el entrecruzamiento de los músculos oblicuo mayor y pectoral mayor, y el plano de los músculos intercostales. Luego que hubo llegado á este punto, introdujo el dedo en el pecho á fin de percibir el pericardio, y habiendo descubierto la membrana, abrió con un bisturi obtuso la bolsa dilatada y dió salida á medio litro de agua que salió produciendo una especie de silvido en cada espiracion; por último, se cerró la abertura por medio de una cura simple.

Es preciso añadir que en esta operacion no fué el pericardio el que abrió Desault, sino una bolsa adyacente que formaba una pleuresia parcial.

*Trepanacion del esternon, propuesta primero por Senac y mas tarde por Skielderup.* Se debe hacer la puncion un poco mas abajo del punto en que el cartilago de la quinta costilla se une con el esternon, que es donde las dos hojas del mediastino dejan entre sí un intervalo triangular colocado un poco mas á la izquierda que á la derecha, y que está lleno de un tejido celular vesiculoso; la base de este espacio que tambien es triangular, se halla sobre el diafragma y el vértice á la altura de la quinta costilla. Resulta de esta disposicion que despues de haber trepanado el esternon en el punto indicado, se puede llegar hasta el pericardio sin interesar la pléura. Para esta operacion se debe usar una corona de trépano que haga una abertura bastante grande á fin de que se pueda introducir el dedo índice que debe reconocer la fluctuacion del liquido contenido en el pericardio, y servir de conductor al bisturi largo y estrecho con que se abre esta membrana. Si despues de haber dividido la membrana que viste la cara posterior del esternon sobreviene una hemorragia, se diferirá el resto de la operacion; en el caso en que no ocurra este accidente, un cirujano prudente debe

(1) La descripcion que vamos á hacer se halla en la obra de Boyer (*Traité des malad. chirurg.*, t. VII, p. 410.), y se atribuye á Senac, pero no nos ha sido posible hallarla en su obra, y hemos visto por el contrario, que en el artículo *Tratamiento de la hidropesia del pericardio* hace numerosas objeciones á esta operacion, que Senac, volvemos á repetir, proponia reemplazar por la trepanacion del esternon.

cuidar de no herir el pericardio hasta que se presente empujado en la abertura del esternon, donde se le reconocerá por la fluctuacion que presenta debajo del dedo.

Durante la incision del pericardio, debe estar el enfermo inclinado hácia delante.

Velpeau (1), en una Memoria leida á la Academia de ciencias ha emitido la opinion de que podrian ser ventajosas las *inyecciones iodadas*, favoreciendo rápidamente las adherencias y oponiéndose de este modo á una nueva acumulacion de serosidad.

La paracentesis del pericardio se ha aconsejado mucho tiempo despues de haberse concebido en el entendimiento de los médicos por muchos siglos consecutivos, y aunque desde entonces se aconsejó pasó mucho tiempo antes de que fuese practicada. La falta de conocimientos anatómicos y la ignorancia de los signos etetoscópicos y de los suministrados por la percusion, hacian el diagnóstico del hidropericardio muy oscuro é incierto, alejando la idea de una operacion comprometedorá sino se hacia con seguridad. Asi, mientras que en el siglo XVII ilustres médicos discutian sobre la puncion del pericardio, es menester llegar á 1859 para ver practicarse, por último, esta operacion. El doctor Schulz (de Viena), despues de haber demostrado lo sencillo de la operacion, al par que su utilidad, fué el primero en practicarla, haciéndola aceptar por sus contemporáneos.

Desde esta época la puncion del pericardio se ha practicado muchas veces en Alemania con buen resultado. A esta operacion sucedió lo que suele acontecer en las empresas arriesgadas en un principio; temiendo los malos resultados, y temerosos los médicos de arriesgar su opinion, se pusieron á cubierto de fuerza mayor y solo operaban los enfermos que padecian lesiones orgánicas y que habian llegado al último grado de marasmo presentando derrames en el pericardio y en las pléuras. Estas malas condiciones fueron causa de que la puncion del pericardio produjese pocos resultados. Debemos, sin embargo, decir que las ocasiones de practicar esta operacion son muy raras.

En Francia se han publicado recientemente muchos casos de este género. Behier comunicó en 1854 á la Sociedad médica de los hospitales de Paris (2) una observacion de pleuresia, de hidropericardio y de puncion del pericardio. Esta operacion produjo un alivio momentáneo, pero no pudo lograrse la curacion por otros accidentes concomitantes (pleuresia, pulmonia).

Trousseau y Laségue han publicado (3) una Memoria sobre la paracentesis del pericardio cambiando los casos publicados hasta entonces. En esta Memoria se encuentra la observacion en el que se practicó por

(1) Velpeau, *Annales de chirurgie française*; Paris, 1845, t. XV, p. 257.  
 (2) Behier, *Pleuresie, hidropericarde, puncion du pericarde* (*Bulletins de la Soc. méd. des hopitaux y Union médicale*, 1854, p. 278).  
 (3) Trousseau y Laségue, *De la paracentese du pericarde* (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1854, 5.<sup>a</sup> série, t. IV, p. 513).

Jobert la puncion aconsejada por Trousseau puede decirse *in extremis*. Se hizo una incision en el quinto espacio intercostal á tres centímetros de distancia próximamente del borde izquierdo del esternon y despues se hizo penetrar un trócar provisto de película de buey. El liquido estraido en espacio de hora y media fué 400 gramos. El enfermo se alivió por esta operacion, pero hubo á los pocos dias que practicar la toracentesis por un estenso derrame pleurítico. Se manifestaron en seguida sintomas de tuberculizacion.

Trousseau y Laségue se espresan de este modo sobre el procedimiento operatorio: «La puncion entre la cuarta ó quinta costilla es bastante, sin que haya necesidad de recurrir á la trepanacion del esternon. La operacion puede hacerse, sea por puncion directa, sea por el método misto de incision prévia de las capas superficiales y de puncion con el trócar que atraviere los tejidos subyacentes. La esperiencia no permite dar la preferencia á ninguno de estos métodos empleados con igual éxito.

»Una vez introducida la cánula en el pericardio, el liquido sale lentamente y es inútil ensayar varias maniobras para acelerar su salida. Lo mejor es dejar la cánula puesta hasta que cesa la salida del liquido por sí solo y cerrar la herida con un pedazo de diaquilon sostenido con un vendaje de cuerpo. La herida se cura por sí.

»Los instrumentos empleados para la toracentesis son los mas convenientes.»

Segun Trousseau y Laségue por lo comun el derrame abundante del pericardio solo es una de las espresiones de un estado morbozo que no afecta un solo punto sino que ataca otras partes esenciales de la economía. Evacuar el liquido es aliviar el enfermo sin curar la enfermedad. Sin embargo, no debe dudarse en practicar una operacion que asegura el alivio y puede producir la curacion.

Aran ha presentado el 6 de noviembre de 1855 á la Academia de París la observacion de un enfermo tratado de un hidropericardias con dos punciones seguidas de inyecciones iodadas (1). La operacion pareció dar buen resultado, sin embargo, el enfermo era tuberculoso.

Recientemente ha publicado Trousseau (2) una nueva observacion de paracentesis del pericardio, consagrando á esta operacion una importante leccion en la que refiere la mayoría de los casos anteriores, y cita nuevas observaciones tomadas especialmente de Aran, y discute las condiciones de oportunidad y las probabilidades de éxito. Segun los casos observados por Aran y por Trousseau, el hidropericardias de marcha crónica y latente coincide generalmente con la existencia de una enfermedad tuberculosa; y estos derrames, que podrian considerarse como sintomáticos, son en los que la cantidad de liquido toma considerables proporciones para hacer necesaria la paracentesis. Sin

(1) Aran, *Bulletin de l'Academie imperiale de medecine*, 1855, t. XXI, p. 442 y siguientes.

(2) Trousseau, *Clínique medicale de l'Hotel-Dieu*.

embargo, esta condicion no es suficiente para rechazar la operacion. «Si era cuando el liquido contenido en el pericardio, dice Trousseau, no podemos esperar la curacion de la enfermedad, estamos á lo menos seguros de aliviar al enfermo prolongando sus dias, separando una grave complicacion que amenazaba inmediatamente su vida. Aunque solo fuera considerándola bajo este punto de vista, debe conservarse la paracentesis del pericardio en el cuadro de las operaciones que importa conservar y sancionar.» Además la operacion no presenta gran peligro, aun en los casos de diagnóstico incierto, y la esperiencia parece haber establecido suficientemente la sinceridad del método de las inyecciones iodadas como medio empleado para la cura radical del hidropericardias.

#### 4.º HIDRONEUMOPERICARDIAS.

El *neumopericardias*, es decir, la acumulacion de aire ó de gases en la cavidad pericárdica, sin mezcla de ningun liquido, ó no existe ó no se ha comprobado su existencia por hecho alguno.

Pero á veces se observa el derrame de liquido y la presencia de gases en el pericardio, constituyendo el *hidroneumopericardias*. Hemos visto anteriormente (P...) en el caso referido por Bricheteau, en que la enfermedad era resultado de un traumatismo, el pericardio contenia pus fétido y gas que salió silbando cuando se puso el corazon al descubierto.

Laennec y Bouillaud han asignado á esta enfermedad dos signos principales; una *resonancia timpánica* á la percusion al nivel del pericardio, y un *ruido de fluctuacion* determinado por los movimientos del corazon recordando el ruido producido por el agua agitada por la rueda de un molino.

Jaccoud (1) refiere cinco casos de hidroneumopericardias tomados de Stokes, Sorauer, Graves, M'Dowel y Tutel. Estos casos pertenecen á dos grupos; en unos los gases proceden de productos inflamatorios acumulados en el curso de la pericarditis; en otros parten de cavidades inmediatas (pulmones, esófago, estómago), y penetran en el pericardio á consecuencia de una perforacion de la membrana fibro-serosa. A los signos enunciados precedentemente los casos referidos por Jaccoud permiten añadir, *debilidad en los ruidos normales del corazon, retintin y gorgoteo de timbre metálico*. El *neumopericardias* por perforacion se distingue del simple sobre todo por la aparicion de sintomas, tales como palpitaciones violentas, dolor muy intenso en la region cardíaca en el instante en que la perforacion se verifica (Jaccoud).

#### 5.º ADHERENCIAS DEL PERICARDIO AL CORAZON.

Los autores se han ocupado particularmente de esta lesion consecutiva, porque les ha parecido á primera vista que debia producir un

(1) Jaccoud en la *Clínique medicale* de Graves, Paris, 1862, t. II, p. 269 nota.

gran trastorno en los movimientos del corazón; pero sus investigaciones no les han conducido á conclusiones muy exactas. Según Laennec, Bouillaud y la mayor parte de otros observadores, no es raro hallar en la pericarditis adherencias estensas y apretadas del pericardio sin ninguna alteración de la salud: por el contrario, Hope asegura que ha observado en todos los casos síntomas mas ó menos manifiestos, y por desgracia las observaciones no son suficientes para que podamos decidarnos acerca de este punto.

Los síntomas que atribuía Hope á las adherencias del pericardio no se diferencian de los de la hipertrofia, y consisten en *palpitaciones*, *disnea*, *alteración en el ritmo* de los latidos del corazón, etc. Así este autor, fundándose en esta semejanza, ha considerado á las adherencias como una causa de la hipertrofia, opinion corroborada en su juicio por la anatomía patológica, puesto que ha hallado constantemente en los sujetos muertos con adherencia del pericardio, un aumento mas ó menos considerable de las cavidades y de las paredes del corazón. Pero hubiera sido necesario seguir atentamente el curso de la enfermedad para quedar seguro de que realmente la pericarditis habia precedido á la hipertrofia. Según las observaciones de Stokes, confirmadas por otros médicos, la adherencia del pericardio puede producir en el corazón los mas opuestos resultados, la atrofia y la hipertrofia. En algunos casos produce la degeneracion adiposa.

En cuanto á José Frank, que con el nombre de *sinfisis cardiaca*, ha descrito la lesion que nos ocupa, ha indicado algunos síntomas generales y locales que pueden aplicarse á todas las afecciones orgánicas del corazón. Así nada hay mas vago que la descripción de esta enfermedad, tal como la han trazado los autores: sin embargo, algunos han hecho mencion de ciertos signos físicos particulares. Heim (1) y Sanders (2) habian creído hallar un signo positivo de las adherencias del pericardio con el corazón en cierta retracción que á cada latido se nota inmediatamente por debajo de los últimos cartilagos costales del lado izquierdo, fenómeno que esplicaba en razon á que hallándose adherido el pericardio por una parte al corazón y por otra al diafragma, cuantas veces se contrae el primero, otras tantas es atraída la punta hácia arriba, llevando tras de sí el músculo que á su vez produce la depresion de que acabamos de hablar. Sin entrar en la discusion que se ha suscitado respecto á este asunto, diré que los demás autores, Laennec, Hope, Bouillaud, Stokes que han fijado su atencion en este punto, no han observado semejante fenómeno. Según Skoda (3) esta depresion solo se produce cuando la adherencia coincide con la posicion vertical del corazón.

Hope propone dos signos particulares para poder conocer las adhe-

(1) Véase Kreysig, *Die Krankheiten des Herzens*, t. III, p. 624.

(2) Sanders, *Journal de Hufeland*, 1820.

(3) Skoda, *Sur les signes auxquels on reconnaît pendant la vie l'adhérence du péricarde au cœur* (*Arch. gén. de méd.*, 1852).

rencias del pericardio: el primero es el *sitio de los latidos* del corazón que se halla mas alto que en el estado natural, aun cuando el aumento de volumen debia hacer latir la punta notablemente mas abajo; y el segundo la produccion de un *movimiento de rebote*, de *sacudimiento brusco*, dependientes de la dificultad que experimenta el corazón en sus contracciones. Estos dos signos no han sido suficientemente investigados por los demás autores que han estudiado las afecciones del corazón.

Bouillaud ha percibido en un caso (1) el *ruido de escofina* superficial en un sujeto cuyo pericardio presentaba adherencias por falsas membranas endurecidas. Se comprende que este signo no puede presentarse mas que en circunstancias especiales, pues que es menester para su produccion, por una parte adherencias bastante raras para permitir que el corazón roce con el pericardio, y además que el endurecimiento de las falsas membranas sea considerable, circunstancias que rara vez se encuentran reunidas.

Segun Forget (2), los signos característicos de la adherencia general y reciente son: el tumulto y confusion en los latidos cardiacos, la frecuencia, pequenez, desigualdad, irregularidad del pulso, disnea, ansiedad precordial, tendencia á los síncope, con desaparicion del ruido de frote. Pero, añade este médico, ninguno de estos signos es en realidad patognómónico, ninguno es constante é invariable, no tienen valor sino por sus combinaciones y sus relaciones con las demás circunstancias de la enfermedad.

En un caso de adherencia general del pericardio al corazón, referido por Jaccoud (3), presentaba el enfermo una ondulacion epigástrica de las mas marcadas, y cada uno de los choques del corazón contra la pared torácica iba acompañado de una depresion notable que aparecia inmediatamente por debajo de las falsas costillas izquierdas. Este signo condujo á un diagnóstico que la autopsia confirmó completamente. Habia además en este caso dos particularidades que debemos señalar; las cavidades del corazón estaban muy dilatadas, pero las paredes no presentan indicio de hipertrofia, lo que prueba que no es un efecto necesario de la *sinfisis cardiaca*; en segundo lugar la dilatacion del corazón y de los orificios determinó una insuficiencia de las válvulas mitral y aórtica, sin que estas estuviesen alteradas; esta insuficiencia producía ruidos de soplo que habian hecho creer en una lesion valvular, cuando solo se habian hecho pequeñas relativamente al orificio agrandado que ocupaban.

No nos detendremos en el tratamiento de esta lesion, á la que se puede aplicar el de las enfermedades orgánicas del corazón en general. Añadiremos solamente que Forget admite que no solo son com-

(1) Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*, t. I, p. 434, ob. 24.

(2) Forget (de Strasburgo), *Precis theorique et pratique des maladies du cœur*, 1851, p. 151.

(3) Jaccoud, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1858, y *Gaz. hebdom.*, 1861.