

Prescripción I.

EN UN SUJETO QUE PRESENTA CIERTA PLENITUD DEL SISTEMA CIRCULATORIO.

1.° Para bebida, infusión ligera de tilo dulcificada con jarabe de flor de naranjo.

2.° Una ó dos sangrias del brazo y repetidas aplicaciones de sanguijuelas, hasta que hayan desaparecido los síntomas.

3.°	T. Agua destilada de tilo.	aa	60 gram.
	Agua de flor de naranjo.		
	Jarabe de goma.		30 gram.
	Eter sulfúrico.		de 2 á 4 gram.

Se toma á cucharaditas cada media hora.

Por la noche una de las dos lavativas que hemos indicado, ó bien una lavativa de asa fétida.

4.° Un baño dos ó tres veces por semana.

5.° Régimen suave y ligero.

Prescripción II.

EN UN SUJETO MUY IRRITABLE Y QUE NO PRESENTA SIGNOS DE PLENITUD DE SANGRE.

1.° Las mismas bebidas que en la prescripción anterior.

2.°	T. Almizcle.	50 centigram.
	Oxido de zinc.	4,50 gram.
	Goma arábica.	C. S.

Se hacen pildoras de 15 centigramos, y se toman tres ó cuatro al día.

3.°	Asa fétida.	8 gram.
-----	---------------------	---------

Disuélvase en

Yema de huevo.	núm. 4.
Cocimiento de malvabisco.	250 gram.

Para una lavativa que se usará por la noche.

4.° Algunas cucharadas de jarabe de éter mañana y noche.

5.° Baños y régimen como en la prescripción anterior.

Breve resumen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes, antiespasmódicos, baños y régimen moderado.

ARTÍCULO II.**ENFERMEDADES DE LA AORTA.**

En rigor deberían entrar en las afecciones de la aorta las lesiones de las válvulas sigmoideas, cuya descripción ya hemos hecho; pero el uso ha sancionado que se las incluya entre las enfermedades del corazón; así solo nos ocuparemos ahora de las afecciones que tienen su asiento en el vaso mismo.

Pero antes conviene indicar rápidamente la situación normal y las relaciones de este vaso, breve descripción cuya utilidad se conocerá fácilmente. En efecto, los signos más importantes del aneurisma resultan de las modificaciones más ó menos considerables verificadas en el calibre de esta arteria, y de la compresión que ejerce por su dilatación general ó parcial sobre los órganos inmediatos, y por consiguiente es de absoluta necesidad el conocer bien los puntos de contacto de la arteria con estos órganos para apreciar convenientemente los síntomas que se presentan á la observación. Creo tanto más útil entrar en estos detalles, cuanto que en los *tratados de anatomía descriptiva* no se ha insistido lo bastante acerca de las consecuencias patológicas que de ellos pueden deducirse, y que en los de *anatomía quirúrgica* ó *de regiones*, se han presentado principalmente bajo el aspecto de la patología esterna (1).

1.° SITUACIÓN Y RELACIONES DE LA AORTA EN EL ESTADO NORMAL.

1.^a *Aorta ascendente y cayado.* Se ha dado antes de ahora el nombre de cayado de la aorta á toda la porción de este vaso comprendida entre su origen y el fin de su curvadura, y en la actualidad se llama *aorta ascendente* á la porción que desde la salida del corazón llega hasta la curvadura, y se reserva el nombre de *cayado* para la curvadura misma.

La *aorta ascendente* envuelta en su origen por el pericardio, sale del ventrículo izquierdo por detrás de la arteria pulmonar, cuya dirección cruza de izquierda á derecha, de tal modo que no llega á ser bien aparente más que en un punto del esternon correspondiente á la mitad ó al tercio inferior del segundo espacio intercostal; oculta por la arteria pulmonar en toda la extensión de su trayecto, está en rela-

(1) Véase VELPEAU, *Traité des maladies chirurgicales*. Paris, 1837, 2 vol. en 8.°—J. M. Dubrueil, *des anomalies arterielles*, Paris, 1847, p. 21, 192 y sig.

cion íntima con esta última, á la cual corresponde su *gran seno* ó seno anterior, de tal modo que un tumor aneurismático que residiese en este punto, tendria necesariamente que ejercer una compresion manifiesta sobre el tronco de la arteria de sangre negra, de lo cual citaremos mas adelante un ejemplo. La parte posterior de esta porcion corresponde á la columna vertebral y está próxima á la aorta descendente y al esófago, de modo que un aneurisma que ocupase este punto podria comprimir estos conductos y obrar sobre la columna vertebral: no hemos hallado ejemplos de esta especie en los autores, pero acabamos hace muy poco de observar por nosotros mismos, un aneurisma de esta parte que causaba dolores muy vivos en el esófago y hácia la quinta y sexta vértebra dorsal.

Mas arriba nos presenta la aorta ascendente una direccion y relaciones que importa todavía mas considerar. Separada de la arteria pulmonar, sube á lo largo del esternon, ocupa la porcion derecha de este hueso y solo se halla separada de él por el mediastino anterior: algunas veces escende un poco del borde derecho del esternon, pero no mucho, y conviene tenerlo bien presente. Así va subiendo hasta un punto correspondiente á la mitad del primer espacio intercostal, donde empieza verdaderamente el cayado, y en esta parte de su trayecto, que segun las observaciones que hemos reunido es, con el principio de la corvadura, el asiento mas frecuente del aneurisma, la aorta se halla en relacion *por delante*, primero con la aurícula derecha, pero solo en una pequeña parte de su estension, y despues con el esternon y las articulaciones costoesternales derechas. *Por detrás* tiene casi las mismas relaciones que la porcion anterior, pero sin embargo es preciso notar que situada mas á la derecha, cruza el origen del bronquio derecho y de la arteria pulmonar del mismo lado, y tiene una relacion menos inmediata con la vena ázigos. *Por la derecha* son tambien muy importantes las relaciones, puesto que la aorta se halla costeada por la vena cava superior, que está un poco detrás. Los nervios que se introducen en el pecho no están en relacion inmediata con ella. Finalmente, *por la izquierda* se halla tambien la aorta ascendente en contacto con la arteria pulmonar, á consecuencia del movimiento que han hecho estos dos vasos para hacerse posterior la arteria pulmonar de anterior que era, y reciprocamente. Hasta ahora se halla principalmente la aorta en contacto con la arteria pulmonar, y así veremos que es casi siempre en este punto donde se halla el aneurisma varicoso.

La principal relacion del *cayado* ó *corvadura* consiste en estar montada sobre la traquiarteria, poco antes de la division de este conducto. Por su parte posterior y además por su concavidad ó su borde inferior, corresponde á la tráquea, y tambien aunque menos inmediatamente, á la parte derecha de los primeros anillos del bronquio izquierdo, en el momento en que la arteria va á colocarse al lado izquierdo de la columna vertebral para hacerse descendente. Además,

el borde inferior de la corvadura se halla en relacion con la parte mas alta de la arteria pulmonar antes de su division. Sus relaciones con el nervio vago son menos íntimas, pero presenta como particularidad notable que el nervio recurrente la abraza por su parte inferior para volver á subir rodeándola hácia la laringe. Por su *parte anterior* el cayado de la aorta está en relacion con el esternon, del que solo le separa una corta cantidad de tejido celular, y su *borde superior*, que dá origen á las arterias de la parte superior del cuerpo, está costeado en gran parte de su estension por el tronco venoso braquiocefálico izquierdo, que le separa del hueso supraesternal. Notemos en esta disposicion las relaciones con el esternon favorables al desarrollo de un tumor esterno; el contacto con el tronco venoso braquiocefálico, favorable á la formacion del aneurisma varicoso, y sobre todo la situacion de la arteria sobre la tráquea, esplica las mas veces la disnea ocasionada por la compresion y favorece la abertura del saco aneurismático en las vias respiratorias. El principio de la corvadura así como la porcion ascendente del vaso no están en relacion enteramente inmediata con el pulmon derecho, al paso que la estremidad del cayado está en contacto con el vértice del pulmon izquierdo.

2.º *Aorta pectoral descendente.* Esta segunda porcion que empieza en el momento en que la arteria despues de haber dado la subclavia izquierda, se encorva de nuevo para bajar hácia el abdomen, se halla en la parte posterior del pecho de tal modo que el cayado tiene una direccion oblicua de derecha á izquierda y de delante á atrás, y que su nacimiento es el único que está muy próximo al esternon. Casi inmediatamente despues de su origen la aorta pectoral descendente pasa por detrás del bronquio izquierdo, al cual cruza y baja á lo largo del lado izquierdo de las vértebras, acercándose un poco á la línea media, segun que se va haciendo mas inferior. En su trayecto tiene *por delante*, primero el bronquio izquierdo al cual ha rodeado, y despues el pericardio; *por detrás* la parte izquierda del cuerpo de las vértebras; *á la izquierda* el esófago, el conducto torácico y á mas distancia la vena ázigos, y *á la derecha* la pléura y el borde posterior del pulmon izquierdo. Vemos pues que esta situacion favorece: 1.º la formacion de un tumor en el lado izquierdo de la columna vertebral, y la destruccion del cuerpo de las vértebras y de la cabeza de las costillas; 2.º la compresion del pulmon izquierdo y la rotura del aneurisma en la pléura; 3.º la compresion del esófago en el caso en que el tumor se estiende á la derecha; y 4.º finalmente, la comunicacion del aneurisma con el pericardio.

3.º *Aorta ventral.* Empieza entre los dos pilares del diafragma, punto por donde penetra en el abdomen, y siguiendo el cuerpo de las vértebras va colocándose en la línea media, y termina bifurcándose al nivel de la cuarta ó quinta vértebra lumbar. En este trayecto se halla en relacion hacia *adelante* y *á la izquierda* con el peritoneo, el estómago y los intestinos delgados; *por atrás* con la parte anterior del

cuerpo de las vértebras, y á la derecha con la vena cava inferior, pero no de un modo tan íntimo en toda su estension. Así pues, por arriba no hacen mas los dos vasos que marchar uno al lado del otro, mientras que por abajo pasa la arteria sobre la vena al nivel de la bifurcacion. Basta echar una ojeada sobre esta disposicion para notar: 1.º que el conducto digestivo debe experimentar la influencia de los tumores desarrollados hácia adelante y á la izquierda, aun cuando su movilidad no los haga tan sensibles como los demás órganos; 2.º que la compresion de la vena cava inferior debe ser una consecuencia de los tumores desarrollados á la derecha y aun hácia atrás, si es muy inferior el asiento de la enfermedad, y que el aneurisma varicoso es todavia posible, sobre todo en este último punto; y 3.º que el aneurisma de la parte posterior puede llegar tambien á desgastar las vértebras, pero que es muy difícil que se forme un tumor en la region lumbar, á no ser en circunstancias particulares.

Por estas consideraciones podremos explicar en muchos casos, la disnea, la disfagia, la estancación sanguínea, el edema, los vómitos, las alteraciones intestinales y hasta la parálisis de los miembros inferiores.

2.º AORTITIS AGUDA.

Frecuencia. Si solo se consideran como casos de aortitis aguda aquellos en que se han hallado úlceras, incrustaciones, etc., se ve muy pronto que esta afeccion es *muy rara*; sin embargo, tal vez lo sea algo menos de lo que se pudiera suponer á primera vista, porque siendo difícil diagnosticar esta enfermedad y no conociendo bien los prácticos los signos que la caracterizan, es lícito creer que ha habido muchos casos que han pasado desapercibidos.

Causas. Nada sabemos de cierto acerca de las causas de esta enfermedad. Además de las causas que hemos indicado al ocuparnos de la arteritis mencionaremos una opinion profesada por Lebert (1) y Virchow (2) y es que la degeneracion ateromatosa de la aorta puede ser causa provocativa de la artritis aguda con formacion de absesos en las tunicas esterna y media.

Sintomas. Segun J. Frank los sintomas de la inflamacion del sistema arterial en totalidad, y principalmente de la aorta, serian sumamente numerosos, pues cita varios que tienen su asiento en todas las partes del cuerpo. Pero primero, este autor hace á la vez la descripcion de la flegmasia aguda y de la crónica, y segundo considera como casos de inflamacion de las arterias las enfermedades mas diversas, en las que el sistema arterial ha presentado en la autopsia alguna alteracion. Es pues absolutamente imposible descubrir la verdad en me-

(1) Lebert, *Handbuch der praktischen Medicin.*, t. I, 1859.

(2) Virchow, *Ueber die akute Endzündung der Arterien* Archiv. für pathol. Anatomie und Physiologie. Bd. I, p. 271.

dio de esta confusion. Bertin y Bouillaud (1) solo han hallado un sintoma que pueda referirse á la aortitis aguda, y consiste en unas *pulsaciones violentas* en el trayecto del vaso; pero Bizot hace notar, primeramente que en el mayor número de las observaciones que citan estos autores no se hace mencion ni del pulso, ni de los latidos del corazon y de la aorta, y en segundo lugar, que en casi todos los casos hay algo mas en el vaso que una simple alteracion de color. Este mismo autor ha hallado tres casos que ha creído debia referir á la aortitis aguda, y hé aquí el resumen de sus historias.

Los sugetos de estas observaciones eran jóvenes, que sin presentar sintomas de afecciones del corazon ni de los demás órganos principales, presentaron un *edema* fijo primero en las piernas y que luego se hizo general, con *calentura intensa, agitacion, debilidad muy considerable, sin dolor notable, sin alteracion de la inteligencia*, y que por último sucumbieron sin que hubiese sido posible descubrir por la exploracion ninguna causa orgánica capaz de explicar la muerte; en la autopsia halló Bizot una capa de sustancia albuminosa y rosada sobre la membrana interna de la aorta y en una estension considerable. Del exámen de estos hechos ha deducido el autor que la afeccion de que nos ocupamos está caracterizada durante la vida por un edema general, con calentura mas ó menos intensa, y despues de la muerte por esta exudacion albuminosa. No admite como los demás autores, que lo que se han llamado absesos, ulceraciones é incrustaciones de la aorta, puedan pertenecer á la inflamacion aguda; en efecto, mas adelante veremos que el estudio detenido de las hechos es enteramente favorable á esta opinion.

Las observaciones de Thierfelder (2) se aproximan á las de Bizot en ciertos puntos y se separan en otros. De tres sugetos que ha observado, dos han presentado de un modo notable el edema general que indica Bizot, sintoma que no ha aparecido en el tercero; el estado febril ha sido manifiesto en los tres, y en los dos casos que han terminado por la muerte se ha hallado la exudacion albuminosa sobre la superficie interna de la aorta. Pero Thierfelder ha observado mas que Bizot, una *tos* muy frecuente y *muy seca*, á la cual dá mucha importancia; una *disnea* mas ó menos considerable, y ó bien un *calor en el pecho* ó un *dolor subesternal* que aumenta por las pulsaciones de la aorta. Quizá en estos casos la tos haya dependido simplemente de una complicacion con una bronquitis, y el dolor de la mayor profundidad de la inflamacion en las paredes del vaso. Sea lo que quiera, es lo cierto que en los hechos que ha recogido Thierfelder se ha comprobado la existencia de los principales sintomas que ha indicado Bizot.

Segun lo que hemos dicho anteriormente es difícil llegar á conocer cuáles son los sintomas que corresponden á la aortitis aguda á

(1) Bertin y Bouillaud, *Traité des maladies de cœur*. Paris, 1824, p. 66.

(2) Thierfelder, *Ammon's Monatschrift, für Medicin*. Leipzig, Abril, 1840.

causa de la confusion de esta afeccion con las alteraciones crónicas, la rubicundez cadavérica, los coágulos fibrinosos, etc., pero ateniéndose rigurosamente á los hechos fuera de toda duda, á saber, aquellos en que la aortitis se termina por supuracion se presentan ciertos fenómenos que pertenecen á la flegmasia aguda de la aorta. Entre estos casos se encuentran el de Andral (1), que Rokitansky pretende pertenece al aterema, encontramos los de Virchow (2), de Spengler (3), de Schützenberger (4), de Rokitansky (5), y de E. Leudet (6).

Una fiebre mas ó menos intensa, cefalalgia, opresion, dolor sub-esternal ó epigástrico, síncope, signos de infeccion purulenta, tales son los fenómenos referidos en estas observaciones.

Se han citado tambien como lesiones pertenecientes á la aortitis aguda, el engrosamiento y el reblandecimiento de la membrana interna, con un color rojo mas ó menos subido. Cuando se presentan el engrosamiento y el reblandecimiento como en los casos que cita Thierfelder, apenas se puede dudar de la existencia de la inflamacion; pero no sucede lo mismo si aparece solo la rubicundez, porque los esperimentos de Laennec, Andral, Rigot y Trousseau, y las investigaciones de Louis, prueban que la simple rubicundez de las arterias es casi siempre un efecto cadavérico.

En cuanto á los casos no dudosos de flegmasia de la aorta se han encontrado pequeñas colecciones purulentas situadas en la túnica celularosa, y en los que el pus se puede abrir paso en la cavidad de los vasos despues de infiltrarse entre las túnicas media é interna.

Tratamiento. Se ha trabajado muy poco en el tratamiento de esta afeccion oscura. En los casos que ha observado Bizot se han puesto en uso las sangrias, las aplicaciones de sanguijuelas, los diuréticos, la digital y los opiados para calmar la agitacion, pero todo inútilmente; sin embargo, en uno de los casos que refiere Thierfelder se han ido disipando por grados los síntomas anteriormente descritos á beneficio de estos medios. Nos limitaremos, pues, á decir en general que se deberá aplicar á esta enfermedad el tratamiento que hemos indicado en el artículo destinado á la *Carditis*.

(1) Andral, *Anatomie pathologique*, t. II, p. 319.

(2) Virchow, *Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie*, 1847, t. I, p. 308.

(3) Spengler, *Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie*, 1852, t. IV, p. 366.

(4) Schützenberger, *Gazette med. de Strasbourg*, Diciembre, 1856.

(5) Rokitansky, *Ueber einige der wichtigsten Krankheiten der Arterien* (*Denkschr. der K. K. Akad. der Wissensch.* Bd. IV, 1852).

(6) Lendet (E.), *De l'aortite terminée par la suppuration et de son influence sur la production de l'infection purulente* (*Arch. gen. de med.* 1861, 5.^a série t. XVIII, p. 575.)

5.º AORTITIS CRÓNICA Y LESIONES DE MARCHA CRÓNICA DE LA AORTA.

Algunos autores, y en particular Bouillaud (1) han tratado de describirla, pero pronto se conoce que lo que han tenido presente han sido las alteraciones de curso crónico, tales como las *osificaciones*, los *depósitos de materia ateromatosa*, etc., que se hallan con bastante frecuencia en las paredes de la aorta. Ahora bien; primero, dista mucho de estar demostrado, á lo menos respecto al mayor número de casos, que estas lesiones dependen de la inflamacion; y segundo, aun admitiendo que en cierto número suceda así, no está probado que estas alteraciones no sean simplemente el vestigio material de una flegmasia aguda, lesion que despues toma incremento bajo la influencia de un trabajo inflamatorio y puramente orgánico.

Por lo demás, hé aquí los signos que indica Bouillaud: *disnea* al mas ligero movimiento, *palpitaciones*, *síntomas de la hipertrofia y color amarillo de paja*, sin enfermedad crónica de otro órgano, y sin estrechez de los orificios del corazon.

Vemos, pues, que estos signos son muy vagos, que de ningun modo caracterizan una enfermedad particular, y que en efecto puede decirse que si existe una aortitis crónica se desarrolla de un modo sordo, muy lento é inapreciable á nuestros medios de exploracion, á lo menos en el estado actual de la ciencia.

En cuanto á las degeneraciones de la aorta son de la misma naturaleza que las de las arterias en general, de las que nos hemos ocupado, y no insistiremos mas. Tales son las *manchas*, *placas lechosas*, *reblandecimiento ulceroso*, *tumores ateromatosos*, *incrustaciones calcáreas* y *osificaciones*.

¿Por medio de qué signos podremos llegar á conocer estas lesiones? Es muy difícil responder á esta pregunta. Cuando solo hay focos pequeños que levantan la membrana interna ó simples erosiones superficiales, es muy probable que no se presente ningun signo físico: pero por el contrario, en los casos en que la superficie interna de la arteria ha llegado á ponerse muy rugosa por la deposicion de la sustancia cartilaginosa ó huesosa, se percibe un ruido de fuelle que existe principalmente en el momento de la dilatacion arterial, que sigue el trayecto del vaso.

Este ruido pudiera con facilidad hacer creer en una lesion de las válvulas y del orificio aórtico, y entonces el trazado esfigmográfico puede aclarar la dificultad.

Entre los demás síntomas no hay ninguno tan preciso como los que refiere Bouillaud, y que ya dejamos indicados. Cuando se agregan á estas alteraciones otra lesion de la arteria, como la *dilatacion* y el *aneurisma*, dán origen á los signos particulares que las caracterizan, y de que nos ocuparemos mas adelante.

(1) Bouillaud, *Dic. de med. y de cirug. práctica*. art. AORTA.

Resulta, pues, que estas alteraciones anatómicas son de muy escasa importancia cuando se las considera bajo el punto de vista práctico: sin embargo, merecen la atención del médico en otro concepto, y es que como las concreciones cartilaginosas y huesosas privan al vaso de su elasticidad, le impiden por consiguiente que pueda reaccionar sobre la columna sanguínea que le dilata, y vienen á ser de este modo la causa de esas dilataciones, á veces enormes, que se hallan en la aorta.

Por otra parte, es frecuente que se formen en la aorta focos ateromatosos, cuya abertura determine embolias y produzca aneurisma y rotura del vaso. Estas consideraciones etiológicas no carecen de interés.

¿Deberemos hablar del *tratamiento* de estas diversas lesiones? Claro está que sería querer entregarnos á consideraciones puramente teóricas y sin aplicación útil, y así solo diremos que los diversos medios paliativos de que se hace uso en las principales afecciones orgánicas del corazón, deben ocupar su lugar en este tratamiento.

4.º ANEURISMA DE LA AORTA.

Morgagni es uno de los primeros que ha insistido acerca de los casos bien evidentes que se han presentado á su observación, y de los que otros médicos de su época habían recogido. Después de este autor han publicado trabajos importantes respecto á este particular, Corvisart, Scarpa (1), Kreysig, Bertin, Bouillaud, Laennec, Hope, Hodgson, Thurnam (2), Stokes (3), Broca (4), Luton (5), etc.

Division. Se ha dividido esta afección en muchas especies fundadas en consideraciones puramente anatómicas. Hope admitía las divisiones siguientes: 1.ª *dilatación* ó aumento de la extensión de toda la circunferencia de la arteria; 2.ª *aneurisma verdadero* ó dilatación en forma de saco de solo una porción de la circunferencia; 3.ª *aneurisma falso* formado por la ulceración ó la rotura de la membrana interna y media, y la extensión de la externa en forma de saco. Se le dá el nombre de *primitivo* cuando están divididas todas las membranas como por una incisión, y de *consecutivo* cuando resulta de una ulceración ó de la rotura de las membranas internas y medias. 4.ª *Aneurisma misto* que es la superposición de un aneurisma falso á un aneurisma verdadero, es decir, que después de la dilatación parcial ó general de las

(1) Scarpa, *Sull' aneurism.; rifless. ed observat. anatom.-chirurg.*, Pavia, 1804.

(2) Thurnam, *On aneurism and specially spontaneous aneurisms and of the ascending aorta and sinuses of Valsalva* (*Medico-chirurgical transactions*, 2.ª série, t. XXIII, p. 323).

(3) Stokes, *Recherches sur le diagnostic et la pathologie des aneurismes* (*Dublin Journal of med.*, s. c., 1834).

(4) Broca, *Dés aneurysmes et de leur traitement*, Paris, 1856.

(5) Luton, *Nouveau dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, Paris, 1856, artículo AORTE.

tres túnicas, se rompe la interna y la media, y la externa sola se estiende en forma de saco sobreponiéndose á la dilatación primitiva ó aneurisma verdadero. Esta división es completa y se halla generalmente adoptada; sin embargo, algunos autores han introducido en ella una subdivisión, y han admitido, además del aneurisma misto externo, que es el que acabamos de indicar, un aneurisma misto interno formado por la rotura ó la erosión de las membranas media y externa, después de su distensión, y por la hernia de la membrana interna, que forma de este modo un saco aneurismático.

Es útil distinguir con algun cuidado la dilatación simple del aneurisma por la formación de un saco, porque muchos síntomas y la gravedad del mal son distintos en estas dos especies. Procuraremos investigar si hay realmente medios para poderlas distinguir durante la vida, ó á lo menos en cierta época de la afección.

Destinaremos además un artículo separado para el *aneurisma varicoso*, dependiente de la comunicación de la aorta con la arteria pulmonar, las cavidades derechas del corazón ó una vena gruesa. Finalmente, para guardar mas método en la descripción creemos que debe describirse por separado los aneurismas de la *porción ascendente* de la aorta pectoral, que son mucho mas frecuentes, los de la *porción descendente* y los de la *aorta abdominal*.

5.º ANEURISMAS DE LA PORCIÓN ASCENDENTE DE LA AORTA PECTORAL (1).

Estos aneurismas han sido mucho mejor estudiados, sin duda porque los síntomas que determinan son mas fáciles de distinguir que los de las demás porciones, y tambien porque se observan con mucha mas frecuencia. Según las investigaciones de Thurnam, el *asiento* ordinario de los aneurismas en la porción ascendente de la aorta, se encuentra en los senos de Valsalva y hácia el cayado, hecho que ya desde mucho antes habían reconocido los demás observadores: sin embargo, hay excepciones notables á esta regla, y entre otras citaremos un caso que ha observado Louis, y en el cual residía el aneurisma inmediatamente por encima de las válvulas sigmoideas.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

En su acepción mas lata se debe aplicar esta palabra á *toda dilatación notable del vaso con ó sin rotura de sus membranas*, y como en algunos casos no podría entrar en esta definición el aneurisma varicoso, esta es una razón mas para estudiarle por separado.

El aneurisma de la aorta ascendente en particular es el que ocupa una parte del vaso comprendida entre su origen y el punto en que des-

(1) Para evitar el hacer demasiadas divisiones, comprendemos bajo este título la porción ascendente propiamente dicha y el cayado.