

y algunos *purgantes* ligeros del modo que hemos indicado muchas veces.

Para disminuir la violencia de la circulacion por encima de la estrechez, se ha recurrido además á las *aplicaciones frias y astringentes*, y sobre todo al *acetato de plomo* líquido; pero se debería ser muy cauto en la aplicacion de estos medios si hubiese algunos síntomas intensos de alteracion pulmonar.

Finalmente, hay una indicacion que siempre debe llenarse, cual es la de tratar de excitar la circulacion en las estremidades inferiores á la par que se la procura calmar en la parte superior del cuerpo. Para esto se emplean las fricciones *secas, calientes ó irritantes* con alcohol, un linimento volátil y aun con aceite de croton tiglio. Los *pediluvios sinapizados*; las grandes cataplasmas sinapizadas sobre las pantorrillas y los muslos se emplean con igual objeto. Por último, deben observarse algunas prescripciones generales.

*Precauciones generales.*—1.º Un régimen severo, Privacion de alimentos y bebidas escitantes y bebidas alcohólicas.

2.º Evitar grandes fatigas y todo ejercicio que pueda activar la circulacion.

3.º Evitar los enfriamientos bruscos y el paso súbito de una á otra temperatura.

4.º De tiempo en tiempo baños templados, con cuidado de no elevar demasiado la temperatura.

5.º Tener al enfermo, en cuanto posible sea, en el mayor estado de calma moral.

*Resúmen sumario del tratamiento.* Emisiones sanguíneas, digital, diuréticos, purgantes, aplicaciones frias ó astringentes sobre la parte superior del cuerpo, aplicaciones calientes ó irritantes en las partes inferiores. Régimen severo.

### ARTÍCULO III.

#### ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS SECUNDARIAS.

Las arterias internas cuyas enfermedades nos queda que estudiar son en tan corto número y las investigaciones verificadas tan incompletas que tenemos muy pocos documentos que consultar. El estudio de las enfermedades de la aorta ha absorbido casi por completo la atencion de los médicos, lo que fácilmente se concibe por ser estas afecciones mas frecuentes é importantes.

#### 1.º ANEURISMAS DE LAS ARTERIAS SECUNDARIAS.

Solo vamos á estudiar en este artículo los aneurismas que ocupan una arteria contenida en una de las grandes cavidades, haciendo abstraccion tambien de los aneurismas de las arterias encefálicas, porque

como son inaccesibles á una exploracion directa, merecen la atencion del médico, mas bien por la afeccion cerebral á que dán origen que por sus propios síntomas. Solo hablaremos, pues, de los aneurismas el tronco celiaco y de sus divisiones, y de los de la arteria mesentérica superior, que son esclusivamente del dominio de la patologia interna.

*Aneurismas del tronco celiaco.* Por mucho tiempo se ha creido que estos aneurismas eran muy frecuentes, pero de las investigaciones de F. Berard (1) resulta que las observaciones de esta enfermedad son sumamente raras. Los casos que cita este autor son los mas notables, y hé aquí los síntomas que han presentado.

En una mujer de treinta años que asistió Larcher, y cuya historia refiere Lieutaud (2), se notó lo siguiente: esta mujer, muy voraz y entregada á la bebida, se presentó con calentura, mucha sed, pérdida de apetito, insomnio, ortofnea, grande agitacion, y se observaban además en el epigastrio pulsaciones violentas, que fueron en aumento hasta la muerte. En la autopsia se halló la arteria celiaca dilatada, en la que podia caber el puño, y contenia en su interior una gran cantidad de sangre negra y grumosa.

En otro sugeto cuya observacion ha recogido Bergeron, habia un dolor epigástrico con sensacion de una bola que se movia de un punto á otro cuando el sugeto cambiaba de posicion, y además palpitations, sufocacion y tos. En la autopsia se halló además de un aneurisma del corazon un tumor que residia en la parte anterior de la aorta, en el punto donde toma origen la arteria celiaca. Resulta, pues, que en este último caso se pueden atribuir un gran número de síntomas, tales como las palpitations, la sufocacion y la tos, á la hipertrofia del corazon; y que además no está demostrado que el aneurisma residiese en el mismo tronco celiaco, pues se puede admitir con Berard, que tenia su origen en la aorta en el punto en que sale de este vaso el tronco celiaco.

Vemos, pues, cuán poco numerosos y exactos son los datos que poseemos acerca de este aneurisma, y lo mas notable todavía es que en los casos citados no se habla de tumor reconocido durante la vida, signo cuya existencia convendria mucho comprobar.

El aneurisma del tronco celiaco se rompe á veces en la cavidad del peritoneo, y entonces se observan síntomas muy violentos que pueden simular la rotura del intestino. Louis (3) ha citado un ejemplo, que es demasiado notable para que podamos prescindir de referirle aquí.

«Se trata, dice Louis, de un hombre de treinta años que he observado en 1823 en el hospital de la Caridad, á donde habia venido á cu-

(1) Berard, *Dictionnaire de medecine*, 30 vol., 1834, t. VIII, p. 465, art. CELIAQUE.

(2) Lieutaud, *Historia anatómico-médica*, sectio XV, liber I, observatio 4626, Paris, 1767, en 4.º

(3) Louis, *Rech. anat.-pathologiques*, Paris, 1826, p. 468.

rarse de una afección del estómago. Efectivamente, presentaba todos los síntomas de una gastritis crónica, pero después de algunos días de descanso fué acometido de pronto de un dolor intenso en el epigastrio, al que siguieron luego náuseas, vómitos y alteración de las facciones. Este dolor, que se exacerbaba por la presión, ocupaba un corto espacio, y permanecía siempre limitado á la región en que se había declarado, y lo mismo que los demás síntomas, persistió con más ó menos intensidad cuatro días, que fué lo que vivió el enfermo. Hecha la autopsia, se halló como lesión principal un derrame considerable de sangre en el peritoneo, á consecuencia de la rotura de un aneurisma de la arteria celiaca. Este sugeto no había sentido latidos durante la vida y nosotros tampoco los habíamos percibido en la región epigástrica.»

Además de los datos que nos suministra este hecho relativamente á la rotura del aneurisma del tronco celiaco, demuestra cuán difícil puede ser el diagnóstico de esta enfermedad, y los progresos que es capaz de hacer sin presentar signos sensibles.

*Aneurisma de las divisiones del tronco celiaco.* Berard ha reunido algunos hechos relativos á estos aneurismas, pero ni hace más que indicarlos, ni apenas los ha estudiado más que bajo el aspecto anatómico. Wilson y Sestier han hallado cada uno un aneurisma de la arteria hepática, y Souville, á quien cita igualmente Berard, ha referido una observación de aneurisma verdadero de la arteria estomáca.

Debemos indicar algunos accidentes particulares dependientes de la posición misma del aneurisma. Habiendo notado Bergeon y Berard que el tumor no puede desarrollarse sin empujar ó comprimir las ramificaciones del gran simpático y del octavo par que forman el plexo solar, han atribuido á la tracción de estos nervios los varios desórdenes del conducto digestivo que experimentó un enfermo que tenía un aneurisma de la aorta en el punto mismo en que nace la arteria celiaca.

*Aneurisma de la arteria mesentérica superior.* Los casos más notables de esta afección son los que hace poco ha publicado el doctor Wilson (1), y sobre todo hay uno que es tan sumamente interesante en cuanto á los síntomas.

«Un cochero, de cuarenta y dos años de edad y de constitución robusta, entró en el hospital de San Jorge con un tumor con pulsación en la región epigástrica. Este tumor tenía el volumen de una naranja pequeña, y en el decúbito dorsal formaba un poco más de prominencia á la izquierda de la punta del corazón; era doloroso á la presión y movable en todas direcciones, pero sobre todo hacia la izquierda. Cuando el enfermo se acostaba de lado, el tumor caía sobre las costillas y no podía percibirse, y estando de pié se colocaba en la misma

(1) Wilson. *London med. chir. Trans.*, t. VI, 1841, y *Archives generales de med.*, 1842. t. XIV, p. 342.

dirección y era además perceptible en el lado derecho de la región epigástrica. Dos ó tres meses antes de su entrada en el hospital, había sentido el enfermo una disnea intensa, con dolor en los lomos y entre las dos escápulas y á lo largo de las vértebras dorsales inferiores. Quince días después experimentó un estreñimiento pertinaz, y más tarde se sintió acometido de tos y tuvo por la primera vez una hemotisis abundante. Desde esta época hasta su muerte, que ocurrió á los cinco meses de su entrada en el hospital, y por consiguiente, á los ocho de la aparición de los accidentes graves, tuvo hemorragias considerables durante los esfuerzos de tos y de vómito. La sangre de las sangrías que se han hecho con el objeto de calmar los accidentes presentó siempre más ó menos costra, y el pulso ordinariamente un poco frecuente, nunca apareció irregular. Según que la afección fué haciendo progresos, el estreñimiento fué siendo más pertinaz, se perdió el apetito, aumentó el dolor entre las dos escápulas, y de cuando en cuando había calambres en las piernas, en los brazos y en las manos, con entorpecimiento y hormigueo. El tumor se hizo de cada vez más sensible al tacto, y algunas semanas antes de la muerte se había extendido del lado izquierdo hacia el derecho del epigastrio. Finalmente, se manifestaron fenómenos de tisis, y el enfermo se fué acabando gradualmente.

»En la autopsia se halló el tronco de la arteria mesentérica superior dilatado, de un volumen muy considerable, presentando la figura de un pecho, que se extendía hacia arriba, adelante y afuera en dirección del lado derecho y que elevaba el páncreas, el cual venía á formar el límite superior del tumor. Las paredes del saco, sobre todo hacia adelante, eran sólidas y estaban engrosadas y envueltas por una capa trasparente del peritoneo. El saco comunicaba directamente con la aorta por una abertura larga y ancha de bordes redondeados, contenía muchos coágulos, y los que estaban más cerca de la aorta eran negruzcos, densos, laminosos y de color gris. Las ramas más gruesas de la arteria mesentérica eran fáciles de reconocer, porque en la estrechidad prominente del saco aparecían abiertas y permeables á una sonda que desde este punto penetraba en la aorta al través de coágulos poco consistentes. Los pulmones estaban llenos de tubérculos y de cavernas (Wilson).»

En la otra observación de Wilson y en un caso que cita Lenoir, apenas se trata más que de las lesiones anatómicas, pues el médico no pudo reconocer la afección durante la vida. En el caso de Winson hubo una *ictericia muy intensa*, al desarrollo de la cual tal vez no haya sido extraño el aneurisma de la arteria mesentérica: sin embargo, no se observó la compresión de los conductos biliares, á los cuales el tumor estaba simplemente adherido.

*Tratamiento.* El tratamiento que hemos espuesto al hablar de los aneurismas de la aorta es aplicable á los que acabamos de describir, y que es tanto más necesario insistir en los medios activos, cuanto

que como la dilatacion de estas arterias secundarias no presenta en un principio la misma gravedad que la de la aorta, hay mas motivos para esperar una curacion radical. Asi, pues, se deben emplear con constancia las *sangrias locales y generales*, el *acetato de plomo*, la *digital* y las *aplicaciones frias* (véase ANEURISMA DE LA AORTA).

## 2.º OBLITERACION, ULCERACION Y ROTURA DE LAS ARTERIAS SECUNDARIAS.

Las lesiones de que vamos á ocuparnos en este artículo son todavia menos importantes que las del mismo género que hemos descrito en la historia de las enfermedades de la aorta.

En el artículo ARTERITIS hemos hablado ya de las *obliteraciones* que la inflamacion produce en las arterias. El mismo efecto puede ocasionar la presencia de un aneurisma próximo á un tumor cualquiera y cuya accion se haga sentir en el tronco arterial, y así hemos visto que el tronco celiaco, la arteria mesentérica superior, etc., pueden hallarse obliterados en bastante estension en las inmediaciones de un aneurisma de la aorta; pero nos parece inútil insistir mas en esta lesion que en estos casos es evidentemente secundaria.

La obliteracion arterial por coágulos sanguíneos se verifica, sea por coágulos formados en el sitio, bien por masas fibrinosas procedentes de cualquier punto de la circulacion y trasportadas por las arterias á impulso del corazon. Nos ocuparemos con especialidad de estas últimas en el artículo EMBOLIAS. En cuanto á los coágulos procedentes del sitio mismo (*coágulos autoctonos*), reconocen generalmente por causa la falta ó disminucion del movimiento circulatorio. Gayet (1) no reconoce otro modo de formacion y apoya su opinion en experimentos fisiológicos. Para él las modificaciones arteriales á consecuencia de la inflamacion, del ateroma, etc., solo obran deteniendo la corriente sanguínea. El calibre de los vasos se encuentra mas ó menos estrechado, sea físicamente por las modificaciones de estructura de las paredes vasculares, sea fisiológicamente por la pérdida de la elasticidad y retractilidad que impide á la porcion afecta del vaso toda accion sobre el movimiento de la sangre.

La *ulceracion* de las arterias de poco calibre ¿puede efectuarse en el interior del vaso, como la de la aorta, ó bien es siempre consecuencia de las lesiones del tejido de los órganos inmediatos? Lo único que podemos decir respecto á esto es que los ejemplos que citan los autores corresponden á esta última forma de la ulceracion, y que no se ha referido un solo caso de erosion de una arteria pequeña que sea evidentemente idiopática, si es licito espresarse así. Se ha visto que las ulceraciones del estómago, los cánceres del hígado y de los intestinos han dado origen por su estension á la ulceracion de los vasos, hasta el

(1) Gayet, *Des caillots qui se forment dans les arteres on l'on á arrêté le cours du sang.* (Congrés medical de France, 2.ª sesion, París, 1865).

punto de producir hemorragias fulminantes; pero esto no es en realidad mas que un accidente de la afeccion orgánica.

## ARTÍCULO IV.

### ENFERMEDADES DE LA ARTERIA PULMONAR.

#### 1.º COAGULACION DE LA SANGRE EN LA ARTERIA PULMONAR.

En estos últimos años se han observado varios casos en los cuales solo se ha hallado, para esplicar la muerte, una coagulacion de la sangre que obstruia la arteria pulmonar y sus divisiones, de modo que habia impedido la circulacion en los pulmones, y por consecuencia ocasionado la asfixia (1), C. Baron (2) los ha reunido casi todos en una Memoria, en la que espone los sintomas del modo siguiente:

En el momento de la invasion los enfermos estaban padeciendo otra enfermedad ó en convalecencia; pero no ha sido posible averiguar la causa evidente del accidente que ocasionó su muerte. La mayor parte experimentaron de pronto una gran disnea, con dolor en el pecho, opresion, congestion de la cara, sincopes mas ó menos frecuentes, y en una palabra, todos los sintomas de una verdadera asfixia. En los casos en que la enfermedad duró algun tiempo, se observó además la tumefaccion de las yugulares, el pulso débil y sumamente pequeño y los latidos violentos del corazon, sin que ni por la auscultacion ni por la percusion se descubriesen los signos característicos de una afeccion particular. Se han notado tambien en algunos casos sintomas que no están tan directamente ligados con la enfermedad que nos ocupa, tales como la anorexia, algunos escalofrios con alternativas de calor y un estado de incomodidad general.

Casi siempre esta afeccion ha producido la muerte en pocas horas, y nunca se ha prolongado mas de dos días. En un sugeto que Louis ha observado en el hospital de la Piedad, habiendo seguido la enfermedad un curso mas lento de lo que acostumbra, se ha presentado edema en las estremidades inferiores y manchas violadas en diferentes puntos de la piel, que indicaban la dificultad de la circulacion venosa. La enfermedad *terminó* siempre por la muerte, y en los últimos momentos se hacia mayor la agitacion, la respiracion se aceleraba hasta esceder de cuarenta inspiraciones por minuto, y á veces aparecia un estertor traqueal precursor de una muerte próxima.

«Despues de haber sentido un dolor en los riñones, el enfermo (Louis en la Piedad) se quejó de una disnea violenta; la respiracion era alta y muy difícil, y los latidos del corazon muy violentos y muy

(1) Véase Ollivier, de Angers, *Arch. de med.*, 1833.—Ormerod, *The Lancet*, mayo de 1847.

(2) C. Baron, *Recherches et observ. sur la coag. du sang dans l'art. pulm. et sur ses effets* (*Arch. gen. de med.*, 3.ª série, 1838, t. II, p. 4 y siguientes).

acelerados. Poco despues sobrevino un sincope que duró tres minutos y durante el cual hubo una evacuacion alvina involuntaria; este sincope se disipó espontáneamente, y por algunos instantes se halló el enfermo un poco mejor y se calmaron las palpitations; pero persistió la disnea, y pronto aumentó notablemente, aparecieron dolores de vientre, se puso todo el cuerpo pálido y cubierto de un sudor frio, y en este mismo momento la agitacion llegó á hacerse estrema, la respiracion suspirosa, y cerca de las diez de la noche espiró el enfermo sin agonía ni convulsiones.»

En la autopsia se ha hallado unas veces el tronco solo de la arteria pulmonar, y otras todas sus divisiones llenas de coágulos mas ó menos consistentes, adherentes, en unos casos enteramente negros y en otros convertidos ya en ese estado que constituye los pólipos sanguíneos. Estos coágulos, segun las investigaciones de Baron, empiezan á formarse en las ramificaciones de la arteria é invaden en seguida las divisiones gruesas. En cuanto á las paredes arteriales solo presentaban de notable el estado de su membrana interna en el punto de adherencia de los coágulos, en donde esta túnica se confundia con la superficie del coágulo, ó bien con una membrana delgada que le cubria.

En un caso que ha observado Hélie (1), la membrana interna de la arteria pulmonar presentaba diseminadas en su superficie unas manchitas blanquecinas, que al parecer tenian su asiento en el espesor de la membrana subyacente, y al nivel de las cuales se efectuaban principalmente las adherencias. Estas manchas, cuya descripcion es incompleta, parecen de la misma naturaleza que las que se hallan en el interior de la aorta.

Es fácil explicar por el estado de la arteria pulmonar todos los sintomas que se han observado durante la vida. Los principales dependen de la dificultad y hasta de la imposibilidad de la hematosis, y la estancacion venosa dá razon de los otros. En cuanto al curso de la enfermedad, está subordinado: 1.º á la rapidez con que se verifica la coagulacion; y 2.º á la gran estension del pulmon que se encuentra en un momento dado privado de la accion del aire. De este modo se concibe perfectamente que la coagulacion de la sangre en el tronco principal de la arteria cause la muerte mas pronto, puesto que á consecuencia de esta obstruccion quedan enteramente suspendidas las funciones de los dos pulmones.

¿Se podrá afirmar si esta enfermedad depende de una inflamacion verdadera de la arteria pulmonar, ó si la coagulacion de la sangre se verifica bajo otra influencia?

La formacion de los coágulos se verifica evidentemente bajo la influencia de causas muy variadas. Unas veces es efecto de una alteracion mas ó menos pronunciada de las paredes vasculares que en la autopsia se encuentran rugosas, espesadas é incrustadas. Puede de-

(1) Hélie, *Bull. de la Soc. anat.*, octubre de 1839.

pende tambien de una estrechez del vaso comprimido por un tumor. Pero sucede con frecuencia que las tunicas arteriales están completamente sanas y solo presentan lesiones insuficientes de segundo grado. En la imposibilidad de referir estos casos á la arteritis, se ha ideado explicarlas de diversos modos, pero ninguna explicacion parece mas conforme con los hechos que la que los refiere á embolias procedentes de cualquier punto del árbol venoso. Hoy la relacion de causa y de efecto entre la obliteracion de la arteria pulmonal y la existencia de coágulos en las venas es perfectamente demostrada. A Virchow (1) se debe haber puesto en relieve está relacion siempre que la coagulacion de la sangre en la arteria pulmonal no dependa de una lesion del pulmon ó de las paredes vasculares. Charcot y Ball (2), en una excelente Memoria han confirmado las opiniones del profesor de Berlin ya vulgarizadas en Francia por Lasègue (3) y han insistido en la parte que puede tomar esta alteracion en el caso de *morte repentina*. Las obturaciones de la arteria pulmonal á consecuencia del trombus venoso, pertenecen al estudio de la EMBOLIA de la que nos ocuparemos mas adelante.

Hemos dicho que los enfermos habian muerto pronto, y por consiguiente el *tratamiento* no ha ejercido una influencia notable sobre la enfermedad. Los medios empleados han sido la *sangria*, la *digital*, los *tópicos* revulsivos y derivativos y el *éter*, pero sin resultado alguno y sin que se haya observado en los sintomas ninguna mejoría notable que se les pueda racionalmente atribuir. Todo falta pues por hacer respecto á este punto, y el médico debe obrar segun las circunstancias, atacando por los medios mas apropiados los diversos sintomas que se presenten y obrando siempre con energia, en atencion á la gravedad inmensa que tiene la afeccion. Es lícito creer que los *vomitivos repetidos* podrian tener una influencia favorable, y por consiguiente se los debe ensayar en estos casos (4).

## 2.º DILATACION DE LA ARTERIA PULMONAR.

Esta lesion no constituye una enfermedad aislada.

Ya hemos dicho en el artículo *Comunicacion anormal de las cavidades del corazon*, que la arteria pulmonar puede llegar á sufrir una gran dilatacion, y hemos hecho notar particularmente el caso que ha observado Deguise, en el cual se ha percibido un ruido anormal que seguia el trayecto de esta arteria.

Se halla tambien la dilatacion de este vaso en los casos de hiper-

(1) Virchow, *Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin*, Frankfurt, 1856, p. 219.

(2) Charcot y Benjamin Ball, *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 753.

(3) Lasègue, *Archives generales de medecine*, octubre, 1857, 5.ª série, t. X, p. 412.

(4) Véase para mas detalles de esta enfermedad el artículo EMBOLIA.

trofia del ventrículo derecho, en cuya afección la arteria ha presentado, aunque raras veces, incrustaciones huesosas y cartilaginosas semejantes á las de la aorta. Es muy posible que en tales casos se pueda, haciendo una exploración detenida, llegar á notar un ruido anormal como en el que acabamos de citar.

Está ligada además con frecuencia á la existencia de afecciones crónicas de los pulmones como lo hace notar Laennec (1). Fuller (2) refiere un caso en un tísico que podía haberse atribuido á obstrucción pulmonal y que presentaba también dislocación del corazón. Sobre el trayecto de la arteria pulmonal se percibía una fuerte y vibrante pulsación así como un murmullo correspondiente con el segundo ruido del corazón. Al cabo de algunos días el murmullo se había duplicado y las pulsaciones presentaban doble fuerza.

#### 5.º ESTRECHEZ DE LA ARTERIA PULMONAR.

Esta lesión, casi siempre congénita, solo es notable porque dificulta mucho la circulación y suele ser causa de la *cianosis*. No obstante, se debe notar que las mas veces la estrechez de la arteria pulmonar, cuando es considerable, existe al mismo tiempo que las comunicaciones anormales de las cavidades del corazón, de modo que en tales casos reconoce la *cianosis* muchas causas determinantes.

David Craigie (3) reconoce tres formas de lesiones que dan origen á esta afección: 1.º estrechez escésiva de su calibre; 2.º obstrucción completa de su cavidad, y 3.º oclusión mas ó menos perfecta por reunión ó adherencia recíproca de sus válvulas. Las dos primeras se han considerado como congénitas, pero en cuanto á la tercera, ¿es anterior al nacimiento ó se ha desarrollado posteriormente por un trabajo patológico?

Craigie cita un ejemplo sumamente interesante de la segunda forma observado en un sugeto de diez y nueve años, y que habia presentado desde su infancia una *cianosis* evidente, con disnea habitual.

Quando las válvulas participan de la alteración ó la constituyen completamente, se vé como un disco cartilaginoso colocado en el orificio de la arteria y atravesado en el centro por un orificio. Otras veces la forma de las válvulas se marca por tres surcos partiendo de la abertura central. Las válvulas se encuentran como incompletamente formadas. En fin, puede existir una estrechez bastante considerable de la arteria pulmonal con suficiencia completa de las válvulas sigmoideas como en el caso referido por Marey (4).

Añadiremos á estos hechos un caso de *trasposición* en que el en-

(1) Laennec, *Auscultation mediate*, edición de Andral, t. III, p. 472.

(2) Fuller, *Gazette medicale de Paris*, 1838, p. 397.

(3) David Craigie, *Edinburgh, med. and surg. Journ.*, octubre de 1843.

(4) Marey, *Bulletins de la Societé anatomique*, enero de 1858, p. 24.

fermo ha vivido bastante tiempo. El doctor Walshe (1) ha observado una *cianosis* resultado de la *trasposición de la aorta y de la arteria pulmonar* en un niño que ha vivido diez meses.

Los síntomas propios de la estrechez de la arteria pulmonal son difíciles de separar de los que pertenecen á las comunicaciones anormales entre las cavidades cardíacas. Así la edad del sugeto, la *cianosis*, los accesos de disnea, los desvanecimientos frecuentes, la tendencia al enfriamiento, pueden atribuirse así á las comunicaciones anormales como á la insuficiencia de la circulación pulmonal. Sin embargo, Buman (2) cree que puede llegar á formularse el diagnóstico de un modo seguro en algunos casos. Según este autor, la distensión del sistema venoso y la infiltración general son menos frecuentes que en las comunicaciones anormales del orificio aurículo ventricular derecho; el dolor es raro, pero las palpaciones enérgicas, unidas á una impulsión muy marcada. La edad generalmente poco avanzada de los individuos, los síntomas que aumentando continuamente presentan con frecuencia un rápido crecimiento en el momento de la pubertad pueden también ser indicios preciosos para el diagnóstico. Los signos etetoscópicos pueden tener también un gran valor. La percusión puede dar á conocer una hipertrofia del ventrículo derecho, una distensión de la aurícula correspondiente. En muchos casos se ha notado un ruido de fuelle mas ó menos fuerte. En un caso referido por Aran (3) existía en la base del corazón, á lo largo del borde inferior del tercer cartilago esterno costal izquierdo cerca del esternon un murmullo muy fuerte y áspero acompañado de arrullo de gato. El murmullo se prolongaba hasta el borde derecho del esternon pero no mas allá mientras que seguía por el trayecto de la arteria pulmonal hasta el vértice del esternon. No habia ningun murmullo en los vasos del cuello ni en el trayecto de la aorta.

El *tratamiento* es el de la *cianosis*. Urban (4) ha formulado las principales indicaciones como sigue: 1.º limitar la necesidad de sangre arterial por el reposo, los alimentos vegetales, y las bebidas acuosas; 2.º suplir á la función del pulmón estimulando los riñones por la digital, el hígado por los calomelanos, la piel por los baños templados acidulados con ácido clorhídrico; 3.º impedir toda acción escitante sobre el aparato pulmonal.

Al terminar la descripción de las enfermedades de las arterias no podemos menos de hacer notar la escasez de la ciencia sobre los puntos mas importantes de su historia. Creemos en efecto que es venta-

(1) Walshe, *Med. chir. Trans.*, Lóndres, 1843. (*Traité des mal. des artères et des veines*).

(2) De Buman, *De la pathologie de l'artere pulmonaire*, Tesis de Paris, 1858, número 54.

(3) Aran, Notas en el *Traité de percussion et d'auscultation* del profesor Skoda, p. 306.

(4) Urban, *Journal des progrès.*, t. VI, 1827.

joso indicar los grandes huecos existentes para que los observadores fijen su atención sobre un punto tan capital.

## CAPITULO IV.

### ENFERMEDADES DE LAS VENAS.

El sistema venoso nos presenta menor número de enfermedades que estudiar. Apenas existen mas que la *flebitis* y el *trombus* que presenten un interés real para el práctico y sobre los que se hayan hecho investigaciones importantes. Todas las lesiones graves de las arterias como las *incrustaciones óseas y cartilaginosas*, las *degeneraciones atheromatosas*, etc., no se encuentran en las venas. No nos ocuparemos pues mas que de la *flebitis* y de las *coagulaciones fibrinosas* del sistema venoso.

#### ARTICULO UNICO.

##### ENFERMEDADES DEL SISTEMA VENOSO GENERAL.

Es muy corto el número de observaciones de las enfermedades de las venas que se hallan en los autores antiguos, y hasta el mismo Morgagni no cita mas que algunos ejemplos de lesiones halladas en el sistema venoso, sin embargo de que habia notado la existencia de coágulos en diferentes venas, pero sin darles grande importancia. En estos últimos años se han hecho repetidas investigaciones acerca de las enfermedades de estos vasos, y principalmente de la *flebitis* (1).

Apenas se habia examinado el estado de las venas en una afección que no obstante presenta lesiones notables de estos vasos, la *flegmasia blanca dolorosa*, cuando Breschet (2), Velpeau (3), Marechal, Eugenio Legallois, Cruveilhier (4), Dance (5), Blandin, Sedillot (6), etc., han hecho á la *flebitis* objeto de sus estudios.

(1) Raciborski, *Histoire des découvertes relatives au système veineux, sous les rapports anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique*. (Mémoires de l'Académie de médecine, Paris, 1841, t. IX, p. 447 á 654).

(2) Breschet, *Notas añadidas á la traducción de Hodgson*.

(3) Velpeau, Tesis n.º 16, París, 1823. *Revue médicale*, 1826—1827. (Archives générales de médecine, 1.º año, t. XI y XIV, p. 553 y 502).

(4) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, con láminas iluminadas, t. I, entrega 14, en folio.

(5) Dance, *Archives générales de médecine*, 1828—1829, 1.ª série, t. XVIII, p. 473, y t. XIX, p. 461.

(6) Sedillot, *De l'infection purulente, ou pyoémie*, París, 1849.

#### 1.º FLEBITIS.

##### § I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La *flebitis* en su expresión mas simple, es la inflamación de las venas, pero esta afección puede dar origen á accidentes que traspasen los límites del sistema venoso, en cuyo caso esta definición no es completa.

G. Breschet ha sido el que ha dado á esta enfermedad el nombre de *flebitis*, que seria un error creer sinónima de las palabras *infección purulenta*, *reabsorción* y *fiebre purulenta*, porque estos estados morbosos, que son una consecuencia de la *flebitis*, siempre necesitan para desarrollarse que haya inflamación de las venas, al paso que esta puede igualmente existir sin ellos.

Aun cuando no tenemos ningun dato bien exacto acerca de la frecuencia de esta afección, se puede decir en general, que se la observa bastantes veces; pero si se atiende al gran número de causas que pueden producirla, se reconocerá que considerada de un modo relativo, la frecuencia de la *flebitis* es poco considerable.

Esta enfermedad se ha prestado á las mismas discusiones que la arteritis. En muchos casos de coagulaciones fibrinosas de las venas se ha negado la influencia de la inflamación de las paredes vasculares y se ha visto en este caso solo una coagulación espontánea. Para apoyar esta opinión se han invocado dos órdenes de circunstancias: por una parte el aumento de la fibrina ó á lo menos de un líquido mas fácil de coagularse como en el reumatismo articular, el estado puerperal, etc., y por otra parte una alteración física en la circulación de las obliteradas tal como la inmovilidad en los miembros, la compresión de los vasos por los órganos ó tumores próximos, etc. En la mayoría de los casos es menester confesar que este modo de interpretar los hechos es completamente admisible puesto que no se ha encontrado en las venas indicio alguno de inflamación. De modo que hoy se admite que el *trombus venoso*, referido antes esclusivamente á la *flebitis*, puede producirse por un mecanismo muy diferente y sin que exista ninguna alteración en las paredes vasculares.

##### § II.—Causas.

#### 1.º Causas predisponentes.

En cuanto á la *edad*, no se halla ningun dato exacto. Cierta especie de *flebitis*, la *flebitis uterina*, que es mas comun en la juventud, puesto que como la causa que principalmente la produce es el parto, solo puede manifestarse en las mujeres que todavía no han pasado de la