

Cuando la macidez existe superiormente á la base del corazon, debajo de la parte superior del esternon y hasta la raiz del cuello, se puede creer en una alteracion grave de los grandes vasos, y sobre todo en una dilatacion del cayado de la aorta. Se comprende que no tendrá lugar esta hipótesis si se trata de un niño escrofuloso ó de un individuo afectado de tuberculizacion. En estos casos se encuentra, en efecto, un sonido macizo producido por las masas tuberculosas de los pulmones, del mediastino, etc. Pero si hay algunos caracteres de afeccion cardiaca ó de los grandes vasos, no dejará de fundarse la idea de una dilatacion aórtica.

Los aneurismas de la aorta producen tambien sonido macizo; pero en la mayoría de los casos ocupa la parte derecha del esternon. Este signo no es generalmente de gran valor, porque va casi siempre precedido de un estremecimiento vibratorio y de un movimiento pulsátil que hacen ya renacer la naturaleza del tumor. Además, los prácticos conocen muy bien que no es fácil limitar por la percusion los tumores aórticos, como dicen los libros. Estos tumores son dolorosos, sea por sí mismos, sea por las lesiones de las partes próximas, y en muchos casos hay que renunciar por completo á la percusion.

Pueden desarrollarse en el mediastino, delante del corazon, tumores de diversa naturaleza, dando lugar á la produccion de un sonido macizo mas ó menos extenso. Estos casos son sumamente raros. Por nuestra parte no los hemos visto nunca, y no podemos, por lo tanto, consignar los sintomas pleximétricos y los demás fenómenos que presentan. Recomendamos su estudio en las colecciones de observaciones.

Por último, un derrame en la pleura izquierda da frecuentemente un sonido macizo que se extiende á la region precordial. En este caso el corazon está desviado, sea bajo el esternon, sea á la derecha de este hueso. Cuando se encuentre una enorme macidez precordial, se examinará si la punta del corazon no está á la derecha del esternon para saber si no se trata de un caso de los que nos ocupan ahora.

En resumen, cuando se han separado los derrames de la pleura y los tumores del mediastino, no puede suponerse otra cosa por la macidez que una hipertrofia del corazon ó un derrame en el pericardio.

§ IV.—Signos suministrados por la auscultacion.

Hay la costumbre de considerar estos signos como los mas preciosos de todos los que pueden suministrar los diversos medios de

exploracion fisica conocidos hasta hoy. No lo negamos; pero no podemos menos de hacer notar que todos los caracteres indicados en las páginas precedentes tienen gran valor, y no menor los deducidos de los fenómenos generales. De tal modo que sin la auscultacion puede establecerse un diagnóstico con cierta precision, y aun puede decirse comunmente que no hace sino confirmar lo que se habia reconocido por los demás fenómenos.

Por ejemplo, si en un enfermo se encuentra la punta del corazon mas baja y mas hácia fuera de lo natural; si hay una enérgica impulsión, un estremecimiento vibratorio, no será necesario más para establecer que hay una hipertrofia, y probablemente una estrechez de orificio. Si el estremecimiento está situado en la punta, si hay dificultad en la respiracion, cianosis, edema de las piernas, podrá asegurarse la existencia de una estrechez aurículo-ventricular. Si el pulso está contraído, casi insensible, y al mismo tiempo son enérgicos los latidos, la afeccion será del orificio izquierdo. Ahora bien, preguntamos: ¿qué falta ha hecho la auscultacion para establecer estos diagnósticos? Ninguna, absolutamente ninguna. ¿Qué podrá hacer, pues? Confirmar solamente el diagnóstico anterior, demostrar la existencia de ruidos anormales que anteriormente se habian predicho en la punta, y que si no se encuentra, no por eso disminuye el valor del anterior diagnóstico. ¡Cuántas veces se ha llegado al conocimiento de la naturaleza y sitio de una enfermedad del corazon sin la existencia de la auscultacion! Además Morgagni, Sénac, Corvisart, ¿no hicieron precisos diagnósticos de enfermedades del corazon, á pesar de la ausencia de la auscultacion?

No podemos menos de hacer constar que la auscultacion es insuficiente por sí sola para el diagnóstico de las afecciones cardiacas, aunque suministra fenómenos bien distintos.

En efecto, la mayor parte de las veces, cuando se examina con el oido el corazon, no se adquiere sino datos incompletos y no se deduce de ellos mas que probabilidades de la existencia de tal ó cual afeccion que no pueden llegar á ser reales sino por el exámen de otros fenómenos locales y sobre todo generales. Así es que reprendemos siempre á los alumnos observadores que, en un caso dado de enfermedad del corazon, comienzan su exámen por la auscultacion y quieren deducir su diagnóstico por los resultados obtenidos por este medio. En la gran mayoría de casos llegan á conclusiones inexactas, si bien es verdad que no habiendo en medicina ningun signo verdaderamente patognomónico, no puede producirse el diagnóstico sino de la reunion de los signos deducidos por todos los medios posibles de exámen.

No tenemos la intencion de hacer el proceso de la auscultacion; pero queremos demostrar, por las razones precedentes, que debe darse cierta importancia á los datos suministrados por los demás medios de exploracion y por los fenómenos generales. M. Beau ⁽¹⁾ ha observado que la auscultacion puede hacer creer en enfermedades que no existen, ó dejar sin conocer las que realmente hay. La *asistolia*, grupo de fenómenos que resultan de una debilidad del corazon, tiene, segun este autor, y tambien en nuestra opinion, una gran importancia para el diagnóstico.

La auscultacion hace percibir alteraciones en los ruidos normales del corazon ó ruidos nuevos y de sustitucion. Estudiaremos con Bouillaud, Barth y Roger las *alteraciones de sitio, de extension, de ritmo, de timbre y de carácter* de los ruidos del corazon, y por último las *alteraciones por ruidos anormales*.

Muchas de estas divisiones apenas merecen fijar la atencion, y no diremos sino algunas palabras, tratando detalladamente las importantes cuestiones del ritmo de los latidos del corazon y de los ruidos anormales.

XIII.—ALTERACIONES DE SITIO, EXTENSION, INTENSIDAD, CARÁCTER Y TIMBRE DE LOS RUIDOS DEL CORAZON.

El corazon puede estar *dislocado* por un derrame pleurítico del lado izquierdo y dirigido al lado derecho del esternon. En cuyo caso, como es consiguiente, habrán mudado tambien de sitio no solo los ruidos, sino tambien el choque del corazon, siendo este el único caso bien demostrado de dislocaciones del corazon. Todo lo que se atribuye á tumores, colecciones enquistadas de líquido y á las adherencias, nos parece completamente hipotético; nadie admite hoy los pretendidos descensos ó caídas del corazon sobre el diafragma. Si el corazon se prolonga y se dirige la punta hácia afuera, el ruido habitualmente percibido en la punta desciende y se separa de la base, lo que constituye tambien una especie de dislocacion, pero que solo se refiere á un ruido. Por último, estas alteraciones de ruido merecen poco interés.

Los latidos del corazon se oyen en una *extension* gradual y rapidamente decreciente que ya hemos indicado. En los casos patológicos puede aumentarse esta extension, lo que tiene lugar cuando está aumentada la *energía* de los latidos, cuando el corazon está en contacto con cuerpos sólidos ó líquidos que pueden transmitir los rui-

(1) *Traité d'Auscultation*. Paris, 1856, p. 543.

dos á partes lejanas del torax. Este último caso es el mas importante y debiera ser estudiado si el espacio nos lo permitiera. Solamente diremos que en los tuberculosos se escuchan con frecuencia los latidos del corazon debajo de las clavículas lo mismo que en la region precordial, á causa de la induracion del vértice del pulmon; pero debe advertirse que esto no sucede sino cuando todo el espesor del pulmon está indurado. Esta misma transmision se hace por un *derrame pleurítico*, por una *hepatizacion* que se interpone entre el corazon y la pared torácica ⁽¹⁾.

No tenemos nada que añadir, relativamente á la *intensidad*, á lo que hemos dicho al ocuparnos del choque. En este sitio deberia colocarse la historia de los ruidos escuchados á distancia, pero en nuestros dias ha perdido esta cuestion mucho de su interés. Se consultará con fruto una observacion publicada con este objeto por M. Barth ⁽²⁾.

En la época en que no se conocian sino imperfectamente los diversos adelantos de la auscultacion, y sobre todo los ruidos anormales, se daba mucha importancia á los caracteres deducidos de la extension en que se oian los ruidos del corazon, á su intensidad, etc. Hoy no sucede lo mismo, dando con razon la preferencia á los datos suministrados por los ruidos anormales.

Los *caractères* de los ruidos del corazon pueden variar considerablemente. Algunas veces son sordos, ahogados, roncós; otras, secos, claros, sonoros, etc. Sin entrar en ninguna especie de detalles sobre este particular, diremos que los ruidos de la primera especie se encuentran en las *hipertrofias sencillas, concéntricas* y otras, en los casos de *engruesamiento, entumecimiento, de estado esponjoso, fungoso de las válvulas*; al paso que los segundos, que son de opuesta naturaleza, aparecen en la *dilatacion de las cavidades*, en el *adelgazamiento de las paredes cardíacas*, en el estado de *sequedad, induracion y de osificacion de las válvulas*.

Entre las alteraciones de *timbre* hay que notar una sola y es el *ruido metálico, retintin metálico, auriculo-metálico*. Este ruido, desconocido aun en sus causas y en su valor semeiológico, es digno de excitar tan solo nuestra curiosidad. Por lo tanto, creemos no deber ocuparnos de él aquí.

(1) V. Racle, *Remarques sur la transmission des bruits produits dans la cavité thoracique*. (*Arch. gén. de Méd.* 1849).

(2) *Moniteur des Hopitaux*, 21 de enero de 1854.

XIV.—ALTERACIONES DEL RITMO DE LOS LATIDOS DEL CORAZON.

«El número de los latidos del corazón en un tiempo dado, y el orden regular con que se suceden los movimientos del órgano, constituyen lo que se designa con el nombre de ritmo de los latidos del corazón (1).» Este ritmo puede alterarse, sea porque los latidos del corazón se hagan mas frecuentes ó mas lentos, sea porque no se suceden á intervalos iguales, por no tener la misma fuerza, sea, en fin, por la falta de dos ó más ruidos en una evolucion del corazón.

Alteración en la frecuencia de los latidos.

En algunas afecciones cardíacas *aumenta* la frecuencia de los latidos. En las afecciones crónicas, como la *hipertrofia con estrechez considerable* de un orificio, el corazón lucha enérgicamente contra un obstáculo y se contrae en un tiempo dado con mas frecuencia que de costumbre. Algunas veces se aproximan tanto los latidos que apenas se perciben no pudiéndolos contar ni en el pulso ni en la region precordial, donde no existe sino una especie de ondulacion. En estos casos hay casi siempre irregularidades, contracciones de variable intensidad, pero sin ruidos anormales. La tranquilidad, las sangrías, la digital, calman esta exacerbacion del movimiento, y al cabo de algunos dias se consigue distinguir los ruidos con alguna precision.

Los coágulos formados durante la vida son causa tambien de igual frecuencia. Si se añaden á las irregularidades, el embotamiento de los ruidos del corazón, la debilidad del pulso, grande alteracion de la respiracion, lipotimias, síncope, sudores frios, se tendrá el cuadro de los síntomas de este accidente. Hemos visto, en 1853, en la visita del profesor Bouillaud, un enfermo que, á consecuencia de un enfriamiento, se vió atacado de dolores reumáticos vagos y de violentas palpitations. El corazón latía 160 á 180 veces por minuto, ascendiendo algunas veces las pulsaciones á 200 próximamente; siendo entonces muy difícil contarlas y precisar con exactitud la cifra de los latidos. Los ruidos eran débiles y sordos, con latidos apenas sensibles en las arterias, dificultad en la respiracion, y con tendencia á las lipotimias. Se supuso la existencia de coágulos en las cavidades del corazón, y se pusieron en uso los revulsivos enérgicos y algunas

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. I., pag. 166.

sangrías. El enfermo se curó en pocos dias. Otro, que presentó los mismos caracteres en el curso de un reumatismo articular agudo, se murió. El corazón derecho estaba lleno por un coágulo voluminoso que databa de muchos dias y que estaba formado de capas sucesivas, quedando solo un conducto en el interior del coágulo para establecer la comunicacion entre la aurícula y el ventrículo.

Podria creerse que la *pericarditis* y la *endocarditis* deben dar una aceleracion extraordinaria á los latidos del corazón. En efecto, hay frecuencia del pulso en los casos en que estas dos afecciones coinciden con un reumatismo, una pleuro-neumonía, pero apenas es mayor que en los casos de reumatismo ó de pleuro-neumonía simples.

Los *latidos nerviosos* del corazón son algunas veces muy precipitados, pero siempre claros, sin oscuridad del sonido; su aceleracion no es continúa y no se encuentra ningun carácter de lesion del corazón propiamente hablando.

Cuando los latidos son *lentos*, debe siempre comprobarse la lentitud por la auscultacion de la region precordial. Los que creen apreciar esta lentitud tan solo por la del pulso, se exponen á errores. Algunas veces los latidos cardíacos son débiles y no llegan hasta las arterias, en cuyo caso hay menos latidos arteriales que del corazón, resultando al parecer estos menos de lo que en la realidad son. Esto es lo que puede explicarnos cómo se han referido casos en que los movimientos del corazón habian descendido á 24, 20 y aun á 16 por minuto. M. Andral insiste sobre esta clase de error. Bouillaud dice tambien que en ningun caso ha observado que el pulso del corazón descienda de 24 á 30.

Hemos observado hace dos años en el hospital de la caridad en la visita del Dr. Nonat, un hombre cuyo pulso latía diez y ocho veces por minuto. El corazón estaba perfectamente sano. El enfermo fué examinado por el profesor Bouillaud, que dijo no habia nunca observado semejante lentitud. El enfermo habia entrado en la enfermeria con un cólico saturnino.

Para darse razon de la lentitud de pulso con su valor verdadero, es necesario saber lo que sigue: muchos individuos tienen *normalmente* el pulso á menos de 60 y aun de 50. La *ictericia subaguda* y la *crónica* sin fiebre hacen descender el pulso. Los *diuréticos*, los *sedantes* del sistema nervioso, el *acetato de plomo*, moderan como la *digital* la frecuencia de los latidos del corazón.

En el estado patológico solamente las *dilataciones sencillas* y las que van acompañadas de *adelgazamiento de las paredes* del corazón producen el mismo resultado.

Sin embargo, se observa la misma lentitud en algunas *estreche-*

ees; entonces el sistole se prolonga y produce un ruido *hilado* (Bouillaud).

Un hecho importante, que es necesario conocer para el diagnóstico, es el que la digital calma mucho mejor la frecuencia de los latidos del corazón en las lesiones orgánicas que en las palpitaciones nerviosas.

Se dice generalmente que en la lentitud de los latidos del corazón no hay mas modificación que la mayor extensión del gran silencio; esto es un error: algunas veces el primer ruido es tambien de mayor duración, como sucede en los ruidos *hilados* de que acabamos de hablar.

Alteración en la fuerza de muchos latidos consecutivos del corazón.

Ningun autor, hasta ahora, á excepción de M. Bouillaud, ha insistido en la diferencia de fuerza que pueden presentar muchos latidos consecutivos del corazón. Es por lo tanto un hecho muy importante para el diagnóstico, y al cual consagramos un párrafo especial.

Algunas veces se escuchan muchos latidos regulares ó iguales, debilitándose los siguientes hasta el punto de hacerse apenas perceptibles; otras veces, en lugar de un latido débil, se perciben muchos formando una série continua compuesta de cuatro, seis ó diez latidos, y reproduciéndose despues los de fuerza normal. Los latidos débiles son por lo general menos precipitados que los demás; pero dejemos á un lado esta circunstancia para volver á ocuparnos de ella mas adelante. En otras circunstancias la mayor parte de los ruidos son débiles, presentándose entre ellos uno ó muchos enérgicos que molestan al oido, chocando el corazón como un martillo contra el torax. Estos casos se comprenden por lo general en las irregularidades y en las intermitencias del corazón: es un error; deben llamarse *desigualdades* de los latidos del corazón.

Las sensaciones experimentadas por el oido, varían segun los casos. En ciertas circunstancias, en el momento de un ruido débil, parece que la pulsación, que el latido ha *abortado*, esto es, que los ventriculos no han terminado su contracción por debilidad, y entonces los ruidos son ahogados, sordos, embotados. Otras veces, por el contrario, parece que el corazón se contrae *en vacío*, esto es, que no está lleno, como si diera un *mal paso*. Entonces el ruido es corto y claro. En todos estos casos la pulsación apenas llega á las arterias, y se observan en los vasos paradas que no hay en el corazón, y de aquí el nombre de *falsas intermitencias* que las daba Laennec.

M. Bouillaud, que ha creado las excelentes denominaciones de latidos abortados, latidos en vacío, hesitaciones, falsos pasos del co-

razón, concede mucho valor á estos fenómenos, á causa de las deducciones á que pueden dar lugar.

Los falsos pasos ó latidos en vacío parecen pertenecer á las *estrecheces aurículo-ventriculares*, circunstancias en las que el corazón no puede llenarse convenientemente de sangre en el diástole. Los latidos abortados ó hesitaciones se forman en los casos de *ingurgitación de los ventriculos* cuando sus paredes están adelgazadas y aumentada su cavidad; la fuerza de contracción no es suficiente para expeler al ventriculo la cantidad de sangre estancada. Esta especie de latido indica mas bien una *dilatación de la cavidad* que una *estrechez del orificio*. Tambien se la encuentra en el *reblandecimiento del corazón*, en la *atrofia* de este órgano, etc. Es de notar que se le observa mas frecuentemente en las enfermedades del corazón derecho que en las del izquierdo.

Una natural consecuencia de la debilidad de estos latidos es la falta de la pulsación arterial, por lo cual tiene este hecho una importante significación. Cuando se exploran á la vez el corazón y el pulso, y se siente el primer latido débil, pero real, y la pulsación arterial no se verifica, solo hay que hacer dos suposiciones: ó el ventriculo izquierdo no se llena de sangre, ó no puede desembarazarse de la que contiene. En uno y otro caso es necesario suponer una lesión material que pone obstáculo á la entrada de la sangre en el corazón ó su salida al ventriculo. Cuando la ausencia del pulso arterial coincide con un latido del corazón, recibe el nombre de *falsa intermitencia*; luego una falsa intermitencia es siempre indicio de una lesión orgánica del corazón. Mas adelante veremos que no sucede lo mismo con las intermitencias verdaderas.

Alteración en el orden de sucesión de los latidos del corazón.

Los latidos del corazón pueden sucederse á intervalos desiguales.

Algunas veces muchos latidos van muy aproximados, existiendo entonces *palpitación*, propiamente hablando. Los latidos son percibidos por el enfermo con dolor, y acompañados de ansiedad; son enérgicos por lo comun, sus ruidos son tumultuosos, algunas veces abortados, y muy á menudo en vacío. Son el resultado de un *desorden nervioso* ó de una *alteración orgánica*.

Otras veces dos latidos están mas separados uno de otro que los precedentes y los siguientes: el gran silencio se aumenta, faltando algunas veces una pulsación, lo que constituye una *intermitencia*. Esta ausencia de latido del corazón produce necesariamente una *de-tención* en el pulso, existiendo entonces una *intermitencia verdadera*,

en oposicion á las falsas que hemos indicado precedentemente. ¿Qué significa este fenómeno? El corazon puede detenerse, vacilar á causa de una lesion orgánica, pero tambien puede detenerse por efecto de una afeccion del sistema nervioso. Luego los caracteres de intermitencia que describimos, no teniendo ninguna razon que indique la existencia de una lesion orgánica ó de una neurosis, no da ninguna luz al diagnóstico; de modo que las intermitencias verdaderas no tienen el valor diagnóstico que las falsas.

Por último, sucede algunas veces que los latidos se producen con una irregularidad, una ataxia, una verdadera *locura* (Bouillaud). Así es que los latidos no están solamente separados por verdaderos intervalos, sino que participan de fuerza desigual. Esta anarquía, comparada al delirio, se observa algunas veces en las enfermedades nerviosas, pero no es tan durable como en las lesiones orgánicas.

Alteracion en el número de los ruidos de una evolucion del corazon.

M. Bouillaud es el primero que ha demostrado que, por una evolucion del corazon, podia escucharse un solo ruido, ó tres y aun cuatro.

Cuando las válvulas aurículo-ventriculares, cuya tension produce el primer ruido, están tan alteradas que no pueden funcionar, se comprende que el sístole no producirá ruido, no escuchándose sino el chasquido del segundo tiempo, producido por el descenso de las sigmoideas aórticas y pulmonares. En estos casos no se oye mas que un ruido del corazon.

Lo mismo sucede cuando las válvulas están embarazadas por coágulos, falsas membranas, cuando el corazon está dilatado y no se vacía completamente, cuando está tan engrosado é hipertrofiado que no se mueve sino con dificultad dentro del pecho. Se ve con frecuencia entrar en los hospitales enfermos que no tienen mas que un ruido del corazon; pero al cabo de algunos dias, cuando la circulacion se ha arreglado, y se restablece el equilibrio, el primer ruido se reproduce; los ventrículos se vacian completamente; las válvulas adquieren su juego, y el corazon se mueve con mas libertad en el torax.

Se ha dicho que las adherencias del corazon al pericardio hacian desaparecer uno de los dos ruidos del corazon; pero la práctica no lo ha confirmado.

Algunas veces se oyen *tres ruidos*, y aun *cuatro*, en una sola evolucion del corazon. Hé aqui cómo puede explicarse este hecho:

Si un orificio aurículo-ventricular está estrechado, el ventrículo

correspondiente no se llena en el diástole, así como su congénere, y entonces sucederá que los sístoles de los dos ventrículos no son isócronos; las contracciones del lado derecho y del izquierdo del corazon son dobles, y la tension de las válvulas aurículo-ventriculares de ambos lados no se hace simultáneamente y sí sucesivamente, sucediendo lo mismo en las sigmoideas; siendo de este modo fácil de comprender tres ó cuatro ruidos. No podríamos decir, con Barth y Roger, que se produciria el mismo resultado si uno de los ventrículos está mas *débil* que el otro y mas lento en contraerse. En todos los casos, los ruidos triples y cuádruples son siempre signos de lesiones orgánicas de los orificios, de las válvulas ó de las paredes carnosas del corazon (1).

El carácter de estos ruidos es muy variable; algunas veces es un ruido de *yunque*, de *codorniz*, que podria notarse así: tic-tac-tac, ó bien por una larga y dos breves; otras veces es á la inversa, componiéndose de dos breves y una larga: tic-tic-tac, ó un ruido de *llamada*, de *galope*, etc.

XV.—ALTERACIONES DE LOS RUIDOS DEL CORAZON POR OTROS RUIDOS ANORMALES.

Los ruidos anormales que encubren ó reemplazan á los naturales

(1) En un trabajo leído en 1866 en la Sociedad médica de los hospitales, el doctor Potain ha sometido á delicadas observaciones las duplicaciones *normales* de los ruidos del corazon. Solo citaremos las conclusiones del trabajo.

Los ruidos cardíacos pueden duplicarse en ausencia de toda lesion. Estas duplicaciones normales no son raras y se manifiestan con claridad en una quinta parte de los individuos. Están sometidos de un modo manifiesto á la influencia de los movimientos respiratorios, lo que los distingue de las alteraciones producidas por una afeccion cardíaca, en cuyo caso no los produce ninguna influencia el acto respiratorio.

Cuando la respiracion es normal, la duplicacion del primer ruido se percibe sobre todo al fin de la espiracion y al principio de la inspiracion. El del segundo ruido al fin de la inspiracion y al principio de la espiracion. «Las duplicaciones normales resultan del chasquido sucesivo de las válvulas homólogas de los dos corazones. La respiracion obra haciendo variar la presion en los vasos venosos ó arteriales. El exceso de presion en la aorta acelera la caida de las válvulas sigmoideas y duplica el segundo ruido; en las venas retarda la oclusion del orificio tricúspide y duplica el primer ruido.» Las causas que determinan estas duplicaciones se encuentran mejor en unos individuos que en otros; debiendo, probablemente, relacionarse al estado de la circulacion arterial ó pulmonar y á la energía del mismo corazon.

Para distinguir estas duplicaciones de las que se observan en ciertas enfermedades del corazon, se observará que en la repeticion *patológica* los dos ruidos están *separados* y no subsisten por la influencia de los movimientos respiratorios, mientras que las duplicaciones normales son generalmente muy rápidas y manifiestamente *influidas*, como hemos dicho, por el ritmo de la respiracion (1).

(1) Potain, *Société médicale des hôpitaux*. 22 junio 1866.

del corazon, constituyen sin duda una preciosa fuente de elementos para el diagnóstico. Pero es tambien á la vez un fecundo manantial de errores, especialmente en lo que concierne de mas importancia á éstos ruidos, el soplo, propiamente dicho. La frecuencia de este fenómeno en las lesiones orgánicas del corazon, la facilidad con que se procura explicarle por el roce de la sangre en los orificios estrechados y en las superficies rugosas, hacen que se asocien prematuramente estos dos términos en la idea de los observadores. De modo que se ha erigido casi en ley, que el ruido de soplo y la lesion del corazon son sinónimos. Este modo de ver es peligroso bajo dos puntos de vista. En efecto, cuando se marca un soplo puede haber graves desórdenes cardíacos, pudiendo suceder tambien que no exista ninguna lesion apreciable. Las consecuencias pronósticas y terapéuticas de este doble error son deplorables, lo que fácilmente se concibe. El principio de este falso juicio es la auscultacion, al menos cuando á ella sola se confian las investigaciones sin procurar adquirir otras condiciones patológicas que puede presentar el enfermo.

Seria imposible contar las víctimas de esta viciosa aplicacion de la auscultacion. Los casos en que la ausencia de la auscultacion hace quedar desconocidas las enfermedades mas graves del corazon son numerosos, pero tambien los casos en que induce á error son mayores aun... Todos los años se ven llegar á la clínica del profesor Bouillaud gran número de enfermos que, con el pretexto de un ruido de soplo, han sido víctimas de un tratamiento deplorable. En la creencia de un padecimiento de lesiones graves del corazon, se ha hecho uso de sangrias, sanguijuelas, la digital, de vejigatorios y aun cauterios, tratándose tan solo de enfermos cloróticos ó cloroanémicos.

Hay, pues, que establecer una gran distincion entre los ruidos anormales del corazon: unos son orgánicos, otros cloróticos, que dependen tan solo de una alteracion de la sangre.

Se puede, con Monneret, designar los primeros con el nombre de *ruidos sólidos*, porque su causa reside en una alteracion de las paredes sólidas del corazon ó en el origen de los vasos; y los segundos, con el de *ruidos líquidos*, porque se refiere á una modificacion del líquido circulatorio sin alteraciones de las mismas paredes. Estos ruidos líquidos parecen producirse siempre que la onda sanguínea pasa rápidamente de un punto en que su tension es considerable á otro en que la tension es relativamente débil (Marey).

Es necesario decir que á los trabajos de Bouillaud es sobre todo á lo que se ha debido la distincion de los soplos orgánicos y los cloró-

ticos, perteneciéndole el honor de haber demostrado que las enfermedades orgánicas, aunque muy frecuentes, lo son menos incontestablemente que las clorosis con que se confunden. No inculpamos á los profesores de hospitales, sino á los que, teniendo menos ocasiones de observar se dejan llevar con sobrada confianza de los resultados de la incompleta instruccion deducida de la auscultacion.

Las equivocaciones de que hablamos se cometen así en el hombre como en la mujer. En esta son extremadamente comunes á causa de la frecuencia del estado clorótico; con este motivo podriamos establecer una relacion comparativa entre las afecciones del corazon y las del útero. En efecto, hay pocas mujeres á quienes no se suponga afectadas de una lesion uterina, de un pretendido infarto, de una afeccion del cuello, de una desviacion, por presentar dolores epigástricos y lumbares, leucorrea mas ó menos abundante, sensibilidad del cuello y algunas granulaciones; pero todos estos fenómenos son mas frecuentemente resultado de neuralgias crónicas del útero que de infartos y de cualquiera especie de dislocaciones.

En los hombres el error es menos comun, porque, absolutamente hablando, la clorosis es en ellos menos frecuente; pero relativamente existe en una proporcion aun mas considerable que en la mujer, aunque hay menos disposicion á admitir la clorosis y aun de reconocer su posibilidad. Tambien se debe á M. Bouillaud el haber establecido que la clorosis es asimismo una afeccion del hombre como de la mujer. Existen constantemente, en la visita de este eminente profesor, muchos jóvenes que presentan el ruido de soplo y han sido enviados al hospital creyendo que tenian una afeccion cardíaca y que solo tenian un estado clorótico mas ó menos pronunciado. Las pruebas de este error diagnóstico se manifiestan de un modo indeleble sobre el pecho de los enfermos, bajo la forma de cicatrices de sanguijuelas, de ventosas y aun de cauterios. Pero, por una exploracion bien hecha se llega á conocer que la única enfermedad es la clorosis; siendo esta enfermedad por lo general el resultado de excesos de naturaleza diversa (venéreos, masturbacion, y aunque mas rara vez de excesos de trabajo, pérdidas seminales, una alimentacion insuficiente), que dan lugar á enfermedades graves y prolongadas. Todos los fenómenos que presentaban los enfermos se ven desaparecer bajo la influencia de un régimen tónico y un tratamiento ferruginoso.

Estas observaciones no tienen por objeto disminuir el valor que debe darse á la auscultacion, y sí solo demostrar que los datos que suministra no son siempre unívocos.

Despues de estas anotaciones necesarias, estudiaremos las altera-