

disposicion, por la presencia de un frote superficial mas ó menos extenso en individuos que padecieron anteriormente reumatismo ó pleuro-neumonías. Si se fórman adherencias, se produce crepitation, y en los casos en que los productos pseudo-membranosos se hacen cretáceos, se oye una raspadura mas ó menos pronunciada. Bouillaud diagnosticó una vez la presencia de un producto de esta naturaleza; encontrándose en la autopsia una placa osiforme que recubria parte del corazon y penetraba el resto entre sus fibras carnosas.

Como se ve, el frote es un signo seguro de pericarditis, ó por mejor decir, de la existencia de *productos antiguos ó recientes de pericarditis* en la superficie del corazon y en el pericardio parietal. Como no se manifiesta sino cuando no hay líquido, es tambien un signo de pericarditis seca, ó al menos con escaso derrame. Por sus modificaciones indica el estado de las falsas membranas que le producen. En fin, como no se manifiesta sino débilmente al principio, y se hace mas fuerte despues de la absorcion del derrame, siempre que se haga muy perceptible será un signo de pericarditis en resolucion, mas bien que en vía de progreso. Esta circunstancia es muy importante para la terapéutica. En efecto, si se traduce por un roce áspero una intensa pericarditis, se creará en la obligacion de intervenir con el auxilio de un tratamiento activo, lo que produciria mas perjuicio que utilidad para la enfermedad que ya estaba en vías de resolucion y que hubiese conseguido por sí sola.

Así es que un frote de mediana intensidad es mas bien sintoma de una pericarditis en resolucion que de la enfermedad incipiente.

Hemos visto una vez el pericardio sembrado de **tubérculos** crudos, bastante voluminosos, en un individuo que no habia presentado ningun síntoma morboso referente al corazon. Esta afeccion puede dar lugar, en los más de los casos, al frote lo mismo que los **tumores colóideos**, **melánicos**, los quistes, los **aneurismas pequeños sin adherencias**; pero hasta ahora no se ha encontrado nada de esto.

ART. II.—SIGNOS FUNCIONALES LOCALES.

No describirémos como tales mas que el *dolor* y las *palpitaciones*. Podriamos añadir la disnea; pero como este fenómeno no pertenece solo al corazon, le estudiaremos en las enfermedades de los pulmones.

I.—DEL DOLOR.

Repetirémos aquí lo que hemos dicho acerca de las afecciones cerebrales, y lo que repetirémos cuando nos ocupemos de las enfermedades del abdómen. El dolor no se manifiesta, ni puede manifes-

tarse sino en los órganos naturalmente desprovistos de nervios sensitivos; esto es, que provienen del sistema cérebro-espinal, faltando en las vísceras provistas de nervios del gran simpático, pero privadas de nervios directamente raquidianos. Harémos notar tambien que aun las lesiones mas graves de los intestinos delgados se hacen latentes, porque esta víscera no recibe ningun nervio espinal. Recordarémos que las ulceraciones tuberculosas son indolentes, siéndolo tambien las de la fiebre tifoidea. En efecto; ¿cómo la localizacion intestinal de esta afeccion hubiera pasado hasta ahora desapercibida, si no hubiese sido completamente *latente* con relacion al dolor? No es, por lo tanto, una afeccion moderna, existiendo probablemente desde la mas remota antigüedad; sin embargo, no se han conocido sus lesiones intestinales sino por la anatomía patológica. No sucede lo mismo en las afecciones dolorosas que se han localizado siempre, como lo han sido la pleuresia, la neumonia, la meningitis y la parafrenesia (pleuresia diafragmática).

Lo que decimos del intestino delgado podemos aplicarlo al corazon. En esta víscera hay muchas afecciones que son latentes hasta ahora y lo seguirán siendo, si no se las sabe buscar por los medios especiales de observacion.

El corazon es, en efecto, insensible en el estado normal (Haller); se le puede pinchar, pellizcar, etc., sin determinar el menor dolor: en el estado patológico no se hace mas doloroso; la inflamacion ó cualquier otro estado morboso no puede *elevantle* hasta la categoría de órgano sensible, á menos que no se produzca la formacion espontánea de nervios sensitivos, lo que no es probable.

Si se parte de este principio que M. Bouillaud se esfuerza siempre en demostrar, se verá cuántas consecuencias importantes se pueden deducir para el diagnóstico de las enfermedades del corazon y para su mas perfecto tratamiento.

Segun este profesor, el corazon es insensible, y, por lo tanto, todas sus enfermedades son indolentes; el hecho es exacto, pero necesita algunas explicaciones.

Enfermedades en que se manifiesta el dolor.—Su valor diagnóstico.

En muchas personas jóvenes, en las mujeres sobre todo, se oye que se quejan de palpitaciones y sofocaciones, resintiéndose las mas veces de dolor en el pecho izquierdo, y al nivel de la punta del corazon. Se incurriria en un error si se considerase á estos individuos como afectados de lesiones del corazon, y si se mirase este dolor

como perteneciente al mismo corazon. La mayor parte de estos enfermos son cloróticos ó anémicos, sus palpitations son nerviosas, y el dolor no es otra cosa que un punto neurálgico. En efecto, se ve que las palpitations no se presentan sino á consecuencia de una emocion, una agitacion fuerte, la carrera ó la equitacion; que pasan con prontitud y que son variables en su modo de ser, como las demás enfermedades nerviosas; que no van acompañadas de ninguna alteracion notable de la circulacion, y que es imposible adquirir ningun indicio de alteracion de volumen, de forma, ni de espesor del corazon. Estos individuos presentan ruidos de soplo de índole clorótica en los vasos, y sus síntomas generales se refieren solamente al estado de empobrecimiento y liquefaccion de la sangre, pero sin alterarse la circulacion. En cuanto al dolor, es nervioso, porque es superficial y situado en el espesor de la pared torácica, como puede demostrarse por la presion, existiendo además otros puntos dolorosos en varios sitios del torax, especialmente en los agujeros de conjuncion de las vértebras; en fin, coexisten otras afecciones dolorosas, como neuralgias abdominales, faciales, gastralgias, etc., y en las mujeres, neuralgias del cuello uterino, leucorrea, etc.

Todos estos fenómenos son cloróticos; y si los hechos precedentes no bastan para demostrarlo, nos bastará saber que terminan generalmente por desaparecer, dejando sin lesion á los enfermos, lo que no sucede sino en casos muy excepcionales en las afecciones orgánicas del corazon. No deberá, pues, considerarse el dolor precordial como indicante de una lesion orgánica. Si se practican sangrias, ó se aplican sanguijuelas y ventosas, los accidentes se aumentan por el empobrecimiento de la sangre, viéndose entonces sobrevenir palpitations intensas, dolores vehementes y accesos de disnea, coloracion amarillenta de la piel, semejante á la de las enfermedades del corazon, fenómenos que pueden imponer aun á los médicos instruidos.

Se estará siempre sobreaviso contra los errores que puede producir la existencia de un dolor precordial, y se procurará investigar si existe en semejantes casos una clorosis simplemente.

¿Se observa dolor en la pericarditis? Todos los autores le citan como síntoma constante, atribuyéndole caracteres particulares y una notable intensidad. El dolor de la pericarditis, dicen, está situado en la punta del corazon, y se irradia á la pared posterior del torax, al diafragma, á la espalda y al brazo izquierdo; es agudo, lancinante, atroz, estando los enfermos en un estado de ansiedad extrema, y presentando lipotimias, desfallecimiento y aun sincopes. M. Bouil-

laud ha sido el primero que se ha pronunciado contra tan formales aserciones que no son en manera alguna la expresion de la verdad, participando nosotros de su opinion. En la gran mayoría de los casos, la pericarditis existe sin síntomas precedentes, y cuando se manifiestan, son siempre el indicio de una afeccion diferente de una complicacion.

En efecto, si se considera la pericarditis en su mayor sencillez, como cuando acompaña al reumatismo articular agudo, y en el que no existe ni pleuresía, ni neumonía, en este caso se desarrolla sin ninguna especie de dolor; así es que el enfermo no llama la atencion del médico hácia el corazon, porque en realidad no siente nada, y si no se examina la region precordial y los diversos signos que puede suministrar, podrán pasar desapercibidas las pericarditis mas intensas. ¿Es posible que exista alguna enfermedad tan latente bajo el punto de vista del dolor? A la ausencia de este fenómeno se debe el que haya sido desconocida por tanto tiempo. Desde los tiempos mas remotos se conocía la pleuresía y la pulmonía, á causa del punto de costado con que se declaran estas enfermedades; pero á la pericarditis no se la conoce sino despues de las investigaciones de la auscultacion y de la anatomía patológica. Se han citado ejemplos de pericarditis dolorosas, y en particular la de Mirabeau. Se encontró en la abertura del cadáver de este célebre orador una pericarditis purulenta, y se atribuyó á ella los atroces dolores que experimentaba en vida, los cuales eran tan intensos que suplicaba á su médico Cabanis que le diera opio para obtener el atontamiento y la insensibilidad. Pero puede deducirse, segun el relato de su enfermedad, que, además de la pericarditis, tenia una pleuresía purulenta, y, segun todas las probabilidades, una pleuresía diafragmática (Bouilaud); pues se sabe que, de todas las formas de pleuresía, la diafragmática es la mas dolorosa; en el caso de Mirabeau, es probable que á esta se debieran los dolores.

Este mismo dolor puede observarse en la pericarditis, si la inflamacion se extiende á las partes próximas provistas de nervios sensitivos, esto es, á las paredes torácicas, á los nervios frénicos, al mediastino, etc.; así, cuando el pericardio es asiento de inflamacion, se observa un dolor que se propaga al trayecto de los nervios diafragmáticos, y que puede provocarse por la presion ejercida en el cuello en el intervalo de las inserciones inferiores del esternocleido-mastoideo, y tambien por presion verificada al nivel del epigastrio (Noel Gueneau de Mussy); este dolor es análogo al que se encuentra en la pleuresía diafragmática; pero la inflamacion de la serosa, considerada por si sola, es absolutamente indolente.

En la mayoría de los reumáticos se presenta la pericarditis concomitante, pero que no se descubrirá, si no nos guiamos mas que por las sensaciones de los enfermos. Es necesario buscar el mal, sin esperar á que este se presente. Hé aquí un caso que hemos observado.

Un jóven de veinte y dos años entró, en junio de 1853, en la sala de San Juan de Dios, visitada por M. Bouillaud, y ocupó la cama número 46. En el momento de su entrada, llevaba ocho dias de padecer un reumatismo del dedo pulgar derecho, con muy poca fiebre y sin alteracion alguna por parte del corazon. Dos dias despues volvimos á examinar la region precordial, aunque el enfermo no sentia nada en ella; existia entonces una extensa convexidad de mas de un centímetro de elevacion, y con una extension del sonido macizo de cuatro traveses de dedo por todos lados; el choque de la punta era imperceptible, los ruidos eran profundos y lejanos. Sin noticia nuestra ni del enfermo se habia formado un abundante derrame. Dos sangrías bastaron para hacer desaparecer la macidez y la combadura, oyéndose bien pronto el corazon bajo el oido.

Así es que puede afirmarse que no hay dolor en la pericarditis, á no coincidir con una pleuresia ó una inflamacion de las partes inmediatas. No queremos decir con esto que no existan algunas veces sensaciones incómodas y dependientes de la pericarditis; pero este es tan solo un estado de incomodidad, de embarazo en la region precordial. Admitimos tambien que puedan producirse lipotimias y síncope, pero sin los notables dolores indicados por los autores.

En cuanto á la hidro-pericarditis y al derrame crónico, resultado de una pericarditis, no son mas dolorosas que la enfermedad precedente, y no se encontrarian por lo general, si no se tuviesen los recursos preciosos de la percusion y de la auscultacion.

Podemos decir de la endocarditis lo que hemos dicho de la pericarditis.

La hipertrofia simple no es tampoco dolorosa, y se encuentran muchas veces corazones voluminosos en individuos que no han acusado nunca ningun fenómeno relativo á este órgano.

Las mismas circunstancias se presentan en las lesiones de los orificios y de las válvulas: estas afecciones se desarrollan en silencio, y no se manifiestan sino muy tarde y por fenómenos lejanos, dependientes de alteracion de la circulacion en los pulmones, del sistema venoso, arterial, etc.

Lo mismo decimos de los aneurismas parciales, de las perforaciones y las comunicaciones anormales de las cavidades.

Existe una enfermedad que hace la excepcion de la regla, y que

se ha demostrado que tiene realmente en el corazon su punto de partida. Hablamos de la **angina de pecho**. Se sabe que está caracterizada por una sensacion de constriccion situada en la base del pecho ó entre los pezones, por una considerable ansiedad, sin dificultad en la respiracion, y, por último, por un dolor agudo que invade el lado izquierdo de la pared torácica, la espalda, y descende por el brazo izquierdo siguiendo el trayecto del nervio cubital. Esta afeccion se presenta por accesos, sobre todo durante la progresion al subir una cuesta, etc. Se sabe que se la ha atribuido á lesiones de la aorta, de las válvulas, de la sustancia carnosa del corazon, de la osificacion de las arterias coronarias, etc.; pero que ninguna de estas hipótesis puede sostener la discusion, pues rara vez se ha colocado su asiento en los nervios cardíacos, y se ha hecho de ella una neuralgia del corazon (Desportes, Grisolle). Pero nosotros consignaremos que la mayor parte de los elementos de la enfermedad, los dolores de la pared torácica, de la espalda, del brazo, están situados en puntos que no tienen ninguna conexion nerviosa con el corazon, el cual no recibe nervios sino del gran simpático, es decir, no sensitivos; es cierto que van á él tambien filetes de los pneumogástricos y laríngeos, pero que pueden no ser mas que ramos indirectos del mismo gran simpático, á consecuencia de las anastómosis del pneumo-gástrico ó en el cuello con el gánglio cervical superior y algunos otros puntos del mismo sistema. Por último, durante los accesos no se observa ninguna alteracion de la circulacion; el pulso está tranquilo, regular y sin intermitencias. Además, la mayor parte de las neuralgias tienen por efecto el determinar contracciones y espasmos de los músculos en los que se distribuyen los nervios enfermos (neuralgias de la cara, del cuello de la vejiga, del estómago, del recto, etc.).

¿No es, pues, natural que no se haya visto hasta el presente en la angina de pecho sino una neuralgia de las paredes torácicas y de los nervios del plexo cérvico-braquial? Está al menos en el limite de los hechos.

En resúmen, la ausencia del dolor en la region precordial no debe impedir el investigar si hay alteraciones del corazon, cuya mayor parte de afecciones son *indolentes*. Por el contrario, el dolor de esta region debe llamar la atencion sobre una simple neurosis de la pared torácica, generalmente concomitante de la clorosis, ó sobre una complicacion de pleuresia y de pleuro-neumonía.

II.—DE LAS PALPITACIONES.

Se designan con este nombre los latidos del corazon, enérgicos y penosos para el enfermo, y coincidentes con una irregularidad en el ritmo de sus movimientos. Es un fenómeno á la vez funcional y físico, y que el enfermo y el médico pueden apreciar.

Para aquel, son la sensacion de un choque incómodo al nivel de la punta del corazon ó en una extension mayor de la region precordial; algunas veces son poco pronunciados estos latidos, siendo otras bastante fuertes para elevar la pared torácica, los vestidos y aun las cubiertas de la cama: las palpitations van acompañadas muchas veces de una sensacion penosa ó de una punzada ligera del corazon, de latidos en la garganta y de una especie de estrangulacion, alteraciones de la voz y aun la presentacion de síncope. Algunos enfermos aseguran que no penetra sangre en sus arterias, y hemos visto un caso en que esto era efectivo, pues durante las palpitations no habia pulso en las principales arterias, y sobrevino la muerte á consecuencia de una gangrena de las piernas.

Las palpitations se presentan por accesos mas ó menos lejanos: son rara vez largos estos accesos, pero se producen por la menor causa.

Cuando sobrevienen con frecuencia, acaban los enfermos por alarmarse; se apodera de ellos la tristeza; su carácter se vuelve sombrío, y no hay enfermedad que mas desanime que esta molesta afeccion. Es muy comun el ver jóvenes, y sobre todo estudiantes de medicina, atormentados por las aprensiones mas tristes, porque tienen algunos accesos pasajeros de palpitations que sus mismas preocupaciones acrecientan. De estas circunstancias ha nacido la idea profesada por Corvisart de que los enfermos del corazon tendian al suicidio.

Algunas veces se terminan por epistaxis, hemorragias pulmonares, etc.

El médico percibe, durante las palpitations, alteraciones en el choque del corazon y en el ritmo de sus latidos, de cuyos fenómenos hemos hablado anteriormente, y de los cuales solo nos ocuparemos aquí muy sucintamente.

El choque se verifica con mas violencia, algunas veces en mayor extension; así es que se ve muy á menudo latir el corazon por su base: estas pulsaciones alternan frecuentemente con las de la punta, verificándose entonces durante la dilatacion de los ventriculos. Algunas veces hay muchos choques sucesivos y rápidos de la punta, como si se verificasen muchas contracciones unas despues de otras,

sin ir seguidas cada una de un diástole, ó mas bien como si el sístole se efectuase en muchos tiempos, lo que se confirma por la auscultacion.

El ritmo se altera de muchos modos; pero como le hemos analizado ya en uno de los párrafos precedentes, no volveremos á ocuparnos de él en este lugar.

Enfermedades en las que existen palpitations.— Su valor diagnóstico.

Las palpitations sobrevienen en dos casos muy distintos: en los individuos que no tienen ninguna lesion material apreciable del corazon, y en los individuos cuyo corazon está mas ó menos intensamente alterado en su organizacion. Los primeros son los que tienen palpitations *esenciales, nerviosas, inorgánicas*; las de los segundos son *sintomáticas* ú *orgánicas*.

Las palpitations nerviosas son incomparables por su frecuencia con las demás.

Muchos jóvenes de ambos sexos, en la época de la pubertad y aun algo mas adelante, están sujetos á estas palpitations nerviosas: estas palpitations se presentan sin causa conocida, ó bien á consecuencia de un ejercicio un poco violento, calmándose casi espontáneamente ó por una epistaxis; para algunos médicos son la expresion de una plétora pasajera.

Despues de la pubertad, estas palpitations persisten en algunas jóvenes, pero á consecuencia de un estado clorótico ó anémico, por efecto de la *irregularidad de la menstruacion*, por hábitos secretos de *masturbacion*, ó bien por la *movilidad nerviosa* propia de su sexo y de esta edad de la vida. En los jóvenes están sostenidas por las causas enunciadas anteriormente, pero sobre todo por excesos de diversa naturaleza, entre los cuales no son los mas frecuentes los de trabajo.

Solo de un modo excepcional se producen las palpitations en esta época de la vida por una verdadera lesion del corazon. Así es que deben calmarse siempre los temores de los enfermos y de sus parientes sobre la gravedad de la enfermedad.

Es necesario no olvidarse que en muchas personas, y en individuos predispuestos, como los que hemos indicado antes, *diversas sustancias* pueden provocar palpitations; señalaremos sobre todo el té y el café, los licores fuertes, los vinos generosos tomados en gran cantidad, el opio, etc.

Entre el número de las causas de las palpitations, se citan la

marcha, la carrera, la subida de las escaleras, las emociones morales; todo lo cual tiene verdadera influencia, pero tan solo en los individuos que acabamos de indicar.

En otra clase se colocan los enfermos que realmente tienen **afecciones crónicas orgánicas del corazón**, en las que sobrevienen las palpitations, no siendo la expresion de una extremada irritabilidad del corazón, sino el efecto de una alteración de la circulación en las cavidades cardíacas ó en los grandes vasos. Así es que se las ve sobrevenir cuando hay una causa de esta naturaleza, cesando cuando la circulación se calma y queda en reposo. En las **estrecheces de los orificios** es donde se observan sobre todo las palpitations orgánicas. Así es como se ven con suma rareza en la **pericarditis simple**; que solo se observan en la **endocarditis aguda**, cuando se forman **concreciones sanguíneas ó pseudo-membranosas** sobre las válvulas ó en los orificios; siendo raras en la **insuficiencia** y en la **hipertrofia simple**, etc.

Cuando un enfermo se presenta acusando palpitations, es menester investigar inmediatamente si se encuentra en la primera ó en la segunda de las categorías indicadas. No se olvidará que las palpitations nerviosas son incomparablemente mas frecuentes que las otras.

Habrà probabilidad de palpitations nerviosas, si el enfermo es un hombre ó mujer jóvenes, si pueden suponerse los excesos que hemos señalado, si las palpitations van acompañadas de dolores en el corazón (signo ordinario de la clorosis); es necesario no dejarse seducir por el buen aspecto, frescos colores y demás caracteres de salud que persisten en los individuos cloróticos: habrá certeza, si existe un ruido de soplo suave en el primer tiempo y en la base del corazón, y ruidos anormales en los vasos del cuello; si la punta del corazón no está dislocada, si la macidez no se ha aumentado, y, además, si hay otros fenómenos nerviosos, histéricos ó hipocondríacos, excitacion nerviosa, eretismo, dolores vagos, diuresis acuosas, y, por último, si estos fenómenos tienen una marcha intermitente.

Las palpitations serán mas bien orgánicas, si el enfermo ha sido afectado una ó muchas veces de reumatismo, pleuresía, bronquitis grave; si las palpitations se presentaron poco á poco y desde esta época; si no hay ningun fenómeno de clorosis; si se encuentra algun cambio en el volumen y macidez del corazón y en la energía de su impulsión habitual; si hay alguna alteración en los latidos de las arterias, etc.; si hay falsas intermitencias. (Véase *Ritmo*).

Al principio de las lesiones orgánicas es muy difícil la distincion

deduciéndose algo de las propiedades de la digital y de la influencia de algunos medios de tratamiento.

Las emisiones sanguíneas exasperan los latidos nerviosos, y aumentan el estado clorótico y la irritabilidad del sujeto. La digital apacigua con maravillosa rapidez las palpitations que se ligan á una enfermedad orgánica, no teniendo sensible influencia en las nerviosas.

El tratamiento tónico calma estas y exaspera las primeras.

Por último, las palpitations orgánicas no sobrevienen por accesos, no van acompañadas de alteraciones nerviosas, de la movilidad particular de los individuos impresionables, ni de la diuresis acuosa señalada anteriormente. Además hay frecuentemente afecciones pulmonares ligadas á las lesiones cardíacas, que no se encuentran en el caso opuesto.

Resumiendo: las palpitations no caracterizan ninguna afeccion en particular, y cuando se las observa, lejos de creer en una lesion orgánica del corazón, se pensará primero en un estado espasmódico, en una neurosis, no decidiéndose por una lesion orgánica sino cuando existan caracteres indudables. Insistimos en esta distincion á causa del tratamiento.

CAPÍTULO III.

SIGNOS LEJANOS Y GENERALES DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON.

Bajo este título comprendemos los signos suministrados por las arterias, las venas y los capilares, los fenómenos que presenta el tejido celular, la piel, las membranas serosas y mucosas, los parénquimas, y, por último, los principales órganos de la locomoción.

I.—FENÓMENOS PRESENTADOS POR LAS ARTERIAS.

Hay afecciones en las que el pulso no presenta ninguna alteración; pero en otras es pequeño, filiforme, y da la sensacion de un hilo metálico en vibración; algunas veces es tan débil, que apenas se le encuentra. Este estado del pulso arterial es tanto mas notable, cuanto que contrasta por lo general con la estatura y fuerza de los enfermos; la energía de los latidos del corazón, el aumento de la macidez, el descenso de la punta atestiguan una hipertrofia considerable. Esta debilidad del pulso no se presenta indistintamente en todas las afecciones del corazón; pero es especialmente propia de la **estrechez aurículo-ventricular izquierda**, dándonos cuenta de esta