

M. Gintrac ha abusado de esta expresion para indicar comunicaciones congénitas ó accidentales entre las cavidades derechas é izquierdas del corazon. El nombre de cianosis no debe usarse mas que para indicar la coloracion azul ó lívida de la piel; si se quisiera continuar sirviéndose de ella para denominar la lesion del corazon que acabamos de indicar, convendria llamarla *cianosis por persistencia del agujero de Botal*.

Considerada de un modo general, no es la cianosis mas que un síntoma, y en este concepto nos ocupamos de ella en este lugar.

Está caracterizada del modo siguiente: tinte azulado ó lívido de la piel y de las membranas mucosas visibles al exterior; turgencia ligera de estas membranas; dilatacion varicosa de las venillas superficiales; descenso de la temperatura de la piel; enfriamiento fácil; tendencia al edema y á las escaras.

La cianosis puede ser permanente ó pasajera; sin embargo, aun en los casos en que proviene de una lesion orgánica permanente, es mas ó menos pronunciada; así, en los niños, aumenta por los esfuerzos, los gritos, el llanto, y disminuye con la quietud y la calma. Algunas veces está limitada á una parte del cuerpo, á las mucosas ó á las extremidades.

Este fenómeno depende del éxtasis de la sangre en los vasos capilares y de obstáculos que se oponen á su entrada en las cavidades derechas del corazon.

La cianosis se presenta en las enfermedades siguientes:

Al principio de los accesos de **fiebre intermitente** (forma álgida), en cuyo caso es general por lo comun. En los accesos de **fiebre intensa**, entonces es parcial, y se manifiesta por un circulo azulado alrededor de los ojos, lividez en los labios, color azulado de las uñas, decoloracion y flacidez de la piel; en el período álgido del **cólera esporádico** y del **epidémico**; en fin, en todas las **enfermedades del corazon** en que hay obstáculo á la circulacion venosa, tales son: las estrecheces de los orificios aurículo-ventriculares, las dilataciones del corazon, el adelgazamiento de sus paredes, la debilidad de su fuerza contráctil (asistolia de M. Beau), los derrames abundantes del pericardio, la dislocacion del corazon, las comunicaciones anormales entre las aurículas y los ventrículos, el aneurisma varicoso de la aorta y de la vena cava superior, las obliteraciones de esta misma vena, etc.

Como se ve, la cianosis no es sino un síntoma que no tiene gran importancia diagnóstica; en efecto, no sirve mas que para fijar la atencion sobre cierto número de enfermedades, debiendo apoyarse el diagnóstico sobre otros elementos.

#### V.—FENÓMENOS PRESENTADOS POR EL TEJIDO CELULAR.

Hemos dicho que no se observa en las enfermedades del corazon ni adelgazamiento, ni gordura notable. Pero el tejido celular es con frecuencia el sitio de una infiltracion edematosa mas ó menos considerable.

El edema ó la anasarca en las enfermedades del corazon es generalmente frio ó pasivo, esto es, sin calor, rubicundez, ni dolor de la piel, y sin reaccion febril; es blando, indolente, pastoso, á menos que no exista una distension extremada de la piel. Se produce en las partes mas declives del cuerpo, en las piernas; en los primeros tiempos no se manifiesta sino por la tarde, pero bien pronto se hace permanente; sube á los muslos, al abdómen y al tronco.

Solo en los casos muy avanzados asciende hasta la cara y los miembros superiores. Este edema se aumenta por el ejercicio, disminuyendo por el reposo en la cama.

Cuando se hace demasiado considerable, desgarrá la piel y sale la serosidad; la herida, bañada constantemente por este liquido, se ulcera y se inflama, produciéndose un eritema ó una erisipela que, extendiéndose por los puntos inmediatos, termina por lo comun por una gangrena mortal.

Cuando el edema es poco extenso, se forman casi siempre derrames en las diferentes serosas del cuerpo.

El edema en las enfermedades del corazon se distingue del de la enfermedad de Bright por la ausencia de la albúmina en la orina, aunque alguna vez existe en muy escasa cantidad, y el liquido está muy encendido; además el anasarca en la albuminuria empieza por la cara, desaparece y se presenta de nuevo con facilidad, y no va acompañada de ningun fenómeno cardíaco alarmante.

Sobreviene tambien anasarca en la caquexia de las fiebres intermitentes, en la del cáncer, en la escorbútica; en los tuberculosos, en los cloróticos extremadamente debilitados, y en los enfermos afectados de pleuresía crónica, simple ó doble.

Todas las enfermedades de los orificios del corazon pueden dar lugar al edema en el momento en que, á consecuencia de sus progresos, la circulacion de retorno se encuentra dificultada permanentemente. Entre estas enfermedades la insuficiencia aórtica es la que determina el edema mas tarde. Cuando un enfermo que presenta desde hace mucho tiempo los signos racionales de una enfermedad del corazon y de una considerable hipertrofia no se presenta el edema, hay motivo para creer en la existencia de la insuficiencia aórtica.

Debemos añadir que, en estos últimos tiempos, el doctor Oulmont<sup>(1)</sup> ha señalado una forma especial de edema muy notable, debida á la obliteracion de la vena cava superior. Esta obliteracion es producida, ya por la coagulacion espontánea de la sangre, ya por concreciones cancerosas formadas en la vena, ya, en fin, por tumores exteriores que, aproximándose, comprimen sus paredes: los aneurismas de la aorta, los tubérculos de los ganglios bronquiales, los tumores cancerosos de los pulmones, son los mas importantes que deben mencionarse.

Cuando la vena cava se oblitera por una de estas causas, hay éxtasis sanguíneo en todas las venas de la parte superior del cuerpo y dilatacion de todas las venas colaterales (intercostales y ázigos), que pueden establecer la circulacion por la vena cava inferior.

Nada es mas fácil de comprender que la produccion y modo de sucesion de los síntomas de esta afeccion, porque son enteramente mecánicos. Su principio es lento, por disnea, palpitaciones, tos, hemoptisis; despues sobreviene el edema de la cara, que se extiende á los brazos y á toda la parte superior del pecho; quedando exenta la mitad inferior, porque no hay en ella ningun obstáculo. Posteriormente se presenta la cianosis de la cara, y la dilatacion de algunas venas superficiales, algunas hemorragias por el pulmon ó por las fosas nasales, pero alteraciones cerebrales sobre todo.

Cuando se restablece la circulacion colateral, se ve desaparecer ó disminuir el edema, pero la cianosis persiste.

El edema limitado á la cabeza, á los brazos y á la parte superior del tronco, es el carácter patognomónico de la enfermedad. Sin embargo, podria confundirse en este caso con la *enfermedad de Bright*, que comienza tambien por la cara. Pero en esta no hay cianosis; el edema se generaliza y acompaña de derrames en las cavidades serosas; la orina contiene *gran* cantidad de albúmina. Si el edema ha desaparecido, puede creerse en una comunicacion anormal de las cavidades derechas é izquierdas del corazon, enfermedad llamada impropriamente *cianosis*. El diagnóstico será imposible si no existe una marcada dilatacion de las venas subcutáneas como testimonio de la obstruccion de la vena cava superior.

El edema de la parte superior del cuerpo y todos los síntomas enunciados anteriormente pertenecen tambien á otra afeccion de los grandes vasos, al aneurisma varicoso ó arterial-venoso de la aorta y de la vena cava superior. El obstáculo á la circulacion en el retroceso de la sangre venosa, explica la identidad de los síntomas.

<sup>(1)</sup> Des oblitér. de la veine cave super. Mém. de la Soc. méd. de obs. 1836, t. III, p. 391.

El diagnóstico se deducirá de las consideraciones siguientes: el aneurisma varicoso comienza bruscamente, los accidentes llegan á su mas alto grado de agudeza en pocos dias, y la marcha de la enfermedad es tan rápida, que sobreviene la muerte del tercero al décimo dia; por último, se demuestra, por la auscultacion, que existe un ruido de soplo y estremecimiento vibratorio intenso en la parte derecha y superior del esternon.

#### VI.—FENÓMENOS PRESENTADOS POR LAS MEMBRANAS SEROSAS.

En cierta época de las enfermedades del corazon, las serosas se hacen asiento de un derrame mas ó menos abundante, pero pasivo y sin vestigios de inflamacion, que son el resultado de un obstáculo considerable de la circulacion. Algunas veces estos derrames son anteriores á la anasarca, pero por lo comun son consecutivos. Pero existe en el abdómen una causa particular de derrame, que hace que la ascitis sea mas frecuente que el hidrotorax y el hidropericardias, y que hace tambien que preceda al edema de las piernas. Esta causa es la hipertrofia del hígado. Cuando este aumento de volumen sucede prontamente á una enfermedad del corazon, sobreviene una ascitis mas ó menos considerable antes que se presente ningun otro fenómeno de hidropesia; seria fácil confundir casos de este género con la cirrosis, si los enfermos no tuviesen dolores muy pronunciados, hígado voluminoso é indicios de enfermedad del corazon.

Los derrames en las pleuras son casi siempre dobles, indolentes, y no se traducen sino por aumento de la disnea. Los del pericardio producen pocos fenómenos. Es muy raro ver derrames serosos en las cavidades del cerebro y en las meninges; cuando se manifiestan, se ven sobrevenir accidentes de compresion aguda ó lenta del cerebro. La ascitis producida por una enfermedad del corazon, sea directamente, sea por intermedio del hígado, no es nunca considerable, y cuando, por excepcion, adquiere gran volumen, puede referírsela, mas bien que á una congestion del hígado, á una cirrosis concomitante con la afeccion cardíaca.

Hemos visto varias veces, en algunas serosas, un líquido sero-sanguinolento, pero esto es muy raro.

#### VII.—FENÓMENOS PRESENTADOS POR EL APARATO RESPIRATORIO.

En ciertos aneurismas de la aorta se presenta afonía por la compresion ó destruccion del nervio recurrente laríngeo del lado izquierdo. En otros, edemas de la glotis, y en algunos suele presentarse

disnea, accesos de asma, necesidad de estar sentado en la cama ó en el borde y con las piernas colgando, etc.

La influencia de las enfermedades pulmonares sobre la disnea que se manifiesta en las afecciones cardiacas es considerable. Estas enfermedades son por lo comun: la congestión ó apoplejía pulmonar, el edema y los derrames pleuríticos. No puede, pues, negarse que sean las causas mas frecuentes de la disnea. Pero es menester no olvidar la parte que tienen las obliteraciones vasculares en la producción de este fenómeno. Los casos de disnea extrema que sobrevienen rápida y prontamente mortales se refieren casi siempre á obliteraciones.

VIII.—FENÓMENOS PRESENTADOS POR EL APARATO URINARIO, EL TUBO DIGESTIVO, LOS CENTROS NERVIOSOS, ETC.

En general, la orina es poco abundante, oscura, conteniendo algunas veces un poco de albúmina, y con frecuencia azúcar.

M. Gendrin señala accidentes que llama *diuresis colicuativa*, «y que consiste en la excreción habitual de una cantidad de orina superior á la de las bebidas ingeridas, siendo esta excreción mas abundante por la noche. La orina es incolora, y sin albúmina. La diuresis colicuativa no es siempre continua: cuando existe, disminuye considerablemente la disnea. La diuresis precede casi siempre á la anasarca, y reconoce casi siempre por causa los obstáculos situados en los orificios aurículo-ventriculares; sin embargo, se la observa con frecuencia en algunas caquexias, en la clorosis, por ejemplo (Aran).

En el tubo digestivo, hemos citado ya las hemorragias por las mucosas, por el intestino, las lesiones del hígado, la ictericia, la ascitis, etc.

En el cerebro, se observan congestiones pasivas ó activas, hemorragias, infiltraciones serosas, etc. Estos accidentes son en general efecto de estrecheces; pero hemos visto una vez sobrevenir una hemorragia cerebral en una mujer afectada de insuficiencia aórtica.

Al terminar esta exposición general de los síntomas propios de las enfermedades del corazón, debemos recordar brevemente los signos propios de una forma particular de la endocarditis, todavía en estudio, la **endocarditis ulcerosa**.

M. Bouillaud, en su tratado de las enfermedades del corazón, habla de una endocarditis *tifoidea*, haciendo notar que no se trata de una endocarditis modificada por un estado tifoideo del enfermo, sino de una endocarditis que da lugar por sí misma á síntomas tifoideos.

Desde la publicación de la obra de M. Bouillaud se han observado casos análogos, y hoy se describe, con el nombre de pericarditis ulcerosa, una forma particular caracterizada anatómicamente por ulceraciones del endocardio, dando lugar á una doble serie de síntomas de los que unos, locales, no difieren de los de la endocarditis comun, y los otros, generales, dan á la enfermedad una fisonomía especial.

Se han admitido dos formas principales de endocarditis ulcerosa, la *tifoidea* y la *pneumónica*.

Mientras que en la primera forma se ven desenvolverse el conjunto de síntomas que caracterizan el estado tifoideo y la fiebre tifoidea, á excepcion de las manchas lenticulares, en la forma pneumónica se ven accesos de fiebre bastante regulares, acompañados á veces de hemorragias, de abscesos que se presentan en varias regiones, y de ictericia. El estado general es de los mas graves, y la enfermedad termina invariablemente por la muerte. En la autopsia se encuentra una alteración constante del endocardio, que consiste en la pérdida de una sustancia al nivel de las válvulas. La ulceración comunica en estos casos con focos purulentos desarrollados en el espesor de las válvulas. Se encuentran en diferentes órganos lesiones análogas á las que se observan en la infección purulenta, siendo las mas notables los depósitos hemorrágicos ó purulentos situados de preferencia en el bazo, hígado, riñones, cerebro y pulmones.

Senhouse Kirkes procuró el primero investigar la interpretación de estos hechos en una infección de sangre, causada por el transporte de detritus de fibrina dividida y desmenuzada.

Virchow, Charcot, Vulpian y Lancereaux creen que la intoxicación de la sangre depende de los detritus procedentes de la ulceración del endocardio. Es menester admitir en todo caso que estos detritus están dotados de propiedades sépticas, pues que es sabido que fragmentos fibrinosos, ateromatosos y otros trasportados por el torrente circulatorio, no determinan lesiones generalizadas.

Además, Bouillaud ha referido en sus observaciones casos en que los enfermos han sucumbido con fenómenos tifoideos los mas evidentes, sin que se encontrase mas que las lesiones de la endocarditis comun.

Se ve, pues, que el asunto no está completamente claro. Sin embargo, no hubiésemos sido completos si hubiéramos omitido la exposición de los hechos que se refieren á la endocarditis ulcerosa.

CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES SOBRE LOS FENÓMENOS LEJANOS  
Y GENERALES DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON.

Se da el nombre de síntomas generales ó comunes de las enfermedades del corazón á los fenómenos que acabamos de estudiar, tales como la anasarca, los derrames en las membranas serosas y los accidentes pulmonares. Esta denominacion es inexacta. En efecto, estos fenómenos no son generales, propiamente hablando, puesto que se localizan en ciertos tejidos y ciertos aparatos, y además, que lejos de ser comunes á todas ó la mayor parte de las enfermedades del corazón, son, por el contrario, completamente especiales de un reducido número de ellas. Por esta razon les damos el nombre de síntomas lejanos, reservando el de generales á fenómenos tales como la fiebre, las alteraciones nerviosas, etc.

Es muy fácil demostrar, por la experiencia y el razonamiento, que los fenómenos llamados generales no son comunes á todas las enfermedades del corazón. Si fuesen comunes, hace tiempo que se hubiesen conocido con su ayuda gran número de afecciones desconocidas hasta hace poco, como la pericarditis, la endocarditis, las adherencias del corazón, la cianosis, las insuficiencias, etc.; y además, no se encontrarían despues de la muerte un gran número de alteraciones del corazón que no se habían conocido durante la vida.

Procurando explicar la produccion de estos fenómenos, vamos á demostrar á qué casos pertenecen en realidad.

Supongamos que existe una insuficiencia aurículo-ventricular izquierda. En este caso, durante la contraccion ventricular, una parte de la sangre refluye á la aurícula; pero este movimiento retrógrado es bien pronto detenido por las columnas de sangre procedentes de las venas pulmonares, y el resto de la columna contenida en el ventrículo continuará progresando por el interior de la aorta; por último, habrá una cantidad de sangre casi normal lanzada en las arterias. No habrá, pues, ninguna dificultad en la circulacion dependiente de estancacion sanguínea; no habrá edema, ascitis, tumefaccion del hígado, congestion de las venas, ni de la cara, ni éxtasis de la sangre en los pulmones; en una palabra, ninguno de los fenómenos llamados *generales* de las enfermedades del corazón. Lo mismo diremos de la insuficiencia aórtica. ¿Qué sucede en este caso? Se dirá que hay un obstáculo que imposibilita á la sangre seguir su acostumbrado progreso. Pero hay que notar que consecutivamente á esta estrechez se desarrolla siempre una hipertrofia proporcional del ventrículo, y tal vez exagerada relativamente á la estrechez. El re-

sultado de esta hipertrofia es que el obstáculo se sobrepuja y se vence (*hipertrofia providencial* de M. Beau); en fin, como las válvulas aurículo-ventriculares están sanas, es imposible que la sangre no pase á estas arterias.

Así es que, á pesar de la estrechez arterial, la circulacion conserva su regularidad; no presentándose ningun fenómeno de dificultad de la circulacion de los llamados *generales*. De modo que no hay ni ascitis, ni anasarca, ni fenómenos pulmonares en las enfermedades del orificio aórtico.

Pero no sucederá lo mismo en las estrecheces del orificio aurículo-ventricular. En este caso se encuentran las condiciones mas abonadas para producir dificultad en la circulacion. Cuando existe una estrechez aurículo-ventricular, ¿podrá la sangre pasar al ventrículo con facilidad? No ciertamente. La estrechez presenta una resistencia mecánica, y no hay agentes de impulsión suficientemente enérgicos para forzar y sobrepujar el obstáculo.

La principal causa de la entrada de la sangre en el ventrículo es la aspiracion ejercida por el diástole. En este caso existe una fuerza pasiva, por decirlo así, y que no puede compararse á la fuerza activa del sistole, cuando hace pasar forzosamente la sangre por el orificio aórtico estrechado. La segunda causa de la entrada de la sangre en el ventrículo, reside en la contraccion de la aurícula, que es débil y con menos energía de la necesaria. En consecuencia, no pasará por el orificio sino lo que buenamente admita, no llenándose el ventrículo sino de un modo incompleto. Entonces hay estancacion de sangre en la aurícula y en el pulmon, y de aquí, aumentándose poco á poco, en las cavidades derechas del corazón, en las venas cavas y en el hígado. De donde por una consecuencia fácil de comprender, nacerán la cianosis de la cara y de las manos, el edema é infarto del hígado, la ascitis, los derrames en las cavidades serosas, los infartos pulmonares, etc.; por último, todo lo que se ha llamado síntomas *generales* de las enfermedades del corazón.

Como se ve, lejos de ser *generales ó comunes*, estos síntomas son completamente *especiales*; esto es, que son particulares de una afeccion ó de afecciones en las que hay dificultad real de la circulacion intracardiaca.

Estas afecciones son poco numerosas; citaremos como mas comunes: la estrechez aurículo-ventricular, la dilatacion con ó sin adelgazamiento de las paredes de las cavidades derechas del corazón, atrofia y reblandecimiento de este órgano, estrechez de la arteria pulmonar (casi siempre á causa de la persistencia del agujero de Botal), los derrames crónicos abundantes del pericardio, las en-

fermedades del corazon , de mediana gravedad , pero acompañadas de derrame pleurítico simple ó doble , y en fin , cuando estos derrames son tan considerables que dislocan al corazon.

Resulta de aquí una consecuencia práctica importante : tal es que la existencia de estos síntomas debe siempre dirigir la atención sobre una afección con dificultad de la circulación intra-cardíaca , y en particular sobre una estrechez aurículo-ventricular ; porque , en definitiva , en la práctica se encuentran veinte casos de este género contra uno de las afecciones indicadas. Se comprende que no debe limitarse el exámen á estos síntomas generales , sino que deberá recurrirse al local y al del pulso. Cuando existen estos fenómenos , el pulso está generalmente contraído , irregular é intermitente.

Estos síntomas son tambien muy preciosos en otra circunstancia. Hemos dicho que la estrechez é insuficiencia aurículo-ventricular producen ambos un ruido de soplo en la punta del corazon en el primer tiempo , y que , por consecuencia , la auscultación no puede establecer diferencia entre ambos estados. La presencia ó ausencia de estos fenómenos *generales* puede solamente dilucidar la dificultad. Los fenómenos generales dependen de la estrechez ; la ausencia de ellos denota insuficiencia franca , sin estrechez.

Beau , en su *Traité d'auscultation* <sup>(1)</sup> , estudia ámpliamente todos los fenómenos de que acabamos de ocuparnos ; los reúne y forma un grupo morbosos natural , á que da el nombre de *síntomas racionales* de las enfermedades orgánicas del corazon , procurando referirlos á un *principio patogénico* que dé su razon de un modo satisfactorio. M. Beau enumera sucintamente como síntomas racionales : el aspecto de la cara , la tumefacción de las venas yugulares , la pequeñez del pulso , la disnea , las congestiones sanguíneas de las principales vísceras y las hidropesías. Y añade : «No podemos menos de admirarnos de que el grupo de síntomas precedentes , tan natural é importante , no haya sido considerado aparte todavía , ni haya recibido un nombre que le dé una existencia patológica , siendo una laguna que es necesario llenar (p. 322).»

Beau es ciertamente un poco injusto con los autores. La mayor parte han insistido en esta reunion de síntomas , que , segun dice Laennec , permiten reconocer una enfermedad del corazon «al primer golpe de vista.» Este mismo autor ha dado un cuadro completo de este grupo de síntomas <sup>(2)</sup>. Despues de él , Bouillaud , Andral , Gendrin y Hope hacen mencion de él. Pero hay más , y es que va-

<sup>(1)</sup> *Traité expérimental et clinique d'Auscultation, appliquée à l'étude des maladies des poumons et du coeur*. Paris, 1836, p. 318 y sig.

<sup>(2)</sup> *Traité d'auscultation méd.*, 4.<sup>a</sup> edic. Paris, 1837, t. III, p. 159 y sig.

rios autores han dado diversos nombres á esta reunion de síntomas. Corvisart la llama *facies propria* <sup>(1)</sup> ; Stokes le refiere á lo que él llama *weakness or deficient muscular power of the heart* <sup>(2)</sup> ; en fin , si nos fuera permitido citarnos á nosotros mismos , despues de estos maestros , haríamos notar que desde 1854 , en que se hizo la primera edicion de esta obra , hemos caracterizado la reunion de los diversos fenómenos de las enfermedades del corazon con el nombre de *tipo cardíaco* <sup>(3)</sup>. Además que es proverbial , hace mucho tiempo , en la práctica , referirlos á la *debilidad* , *atonía* y estancamiento de la sangre en el corazon.

No queremos dejar creer que la debilidad y disminucion de la energía del corazon no hayan sido aun estudiadas , y que los síntomas que resultan no hayan sido reunidos , ni denominados.

La denominacion de *asistolia* con que Beau designa los síntomas enumerados anteriormente , indica , no solo la falta de contracción del corazon , sino la disminucion de su potencia. Con este nombre debe comprenderse á la vez la debilidad del corazon , y los síntomas de disnea , los de éxtasis sanguíneos y los derrames serosos de todos los órganos.

Aquí aparecen con toda su novedad las doctrinas de Beau , y confesamos que estamos dispuestos á admitirlas , salvas algunas restricciones. Si comprendemos bien la idea del autor , la asistolia es una especie de debilidad ó atonía del corazon , en virtud de la cual no llena sus funciones de un modo completo. Como consecuencia de este estado , se ve aparecer la disnea , la inyección y estado vultuoso de la cara , la congestión sanguínea de los órganos parenquimatosos , las hidropesías , etc. Y este nombre de asistolia convendría lo mismo á los efectos que á las causas : así es que un hombre afectado de asistolia , será un individuo que presente una reunion de síntomas que podrian atribuirse legítimamente á debilidad del corazon.

Segun Beau , la asistolia dependerá , primero , de obstáculos en el curso de la sangre ; el corazon , incapaz de vencerlos , se deja distender y forzar , recibiendo mas sangre que la que expele. De aquí los éxtasis sanguíneos y todas sus consecuencias. Por otra parte , podria tambien el corazon contraer asistolia si perdiese su fuerza por adelgazamiento y atrofia de sus paredes ; entonces , sin existir estrechez en los orificios , la circulación se dificultaría ; así por ejemplo , el esfuerzo necesario para elevar la columna de sangre aórtica será superior á la potencia del ventrículo izquierdo , y por lo

<sup>(1)</sup> *Essai sur les mal. du coeur*. Paris, 1806, p. 373.

<sup>(2)</sup> Stokes, *The diseases of the heart and the aorta*. Dublin, 1854.

<sup>(3)</sup> Racle, *Traité du diagnostic*. 1.<sup>a</sup> edic. Paris, 1854, p. 255, 254 y 259.

tanto, la sangre se estancará en parte, en vez de progresar en el árbol circulatorio. Como última influencia, señala M. Beau las causas morales, la tristeza, la desesperación, la contrariedad y el miedo.

Arrastrado por estas seductoras concepciones, Beau hace de la asistolia una enfermedad, una entidad patológica. Si ha considerado el influjo de las lesiones de los orificios, no las tiene, sin embargo, sino como causas ocasionales; siendo aun menos generoso con la hipertrofia, considerándola en un lugar completamente secundario. La hipertrofia no es una enfermedad primitiva existente por sí misma, sino un efecto secundario que resulta de una necesidad funcional; el corazón se hipertrofia para recobrar su potencia impulsiva, y en este concepto merece muy bien el nombre de *hipertrofia providencial*. En fin, como no hay medio de detenerse en semejante pendiente, la digital sería la *quinina del corazón*, porque es cierto que este medicamento apacigua los fenómenos de la asistolia; y ¿cómo podrá ser esto, si no tonifica, si no aumenta la potencia contráctil del órgano?

De toda esta teoría no aceptamos mas que la asistolia; es decir, la debilidad del corazón; pero no podemos ver en ella una enfermedad especial, ni la causa de la hipertrofia. Nos parece que no constituye sino un elemento de las enfermedades del corazón, elemento algunas veces preciso, necesario, y otras eventual y no preciso. La asistolia podrá, como la adinamia en las fiebres, presentarse ó faltar segun las circunstancias. De modo que si en una enfermedad del corazón sin lesión propia para dificultar la circulación, se determinan éxtasis sanguíneos, hidropesías, disnea, etc., en este caso se dirá que el corazón ha caído en la asistolia, porque la alteración circulatoria no depende de un obstáculo material. Recíprocamente, con obstáculos muy evidentes en los orificios, pueden faltar estos síntomas, porque el corazón no estaba en el estado de asistolia. Se explicará por la aparición ó aminoración de este fenómeno, la producción y la curación alternativas de las hidropesías, de la disnea, etc., en un gran número de afecciones del corazón.

#### CAPÍTULO IV.

##### RESÚMEN. CUADRO DE LOS SIGNOS DE LAS PRINCIPALES AFECCIONES DEL CORAZON.

**Asistolia.**—En nuestro concepto, la asistolia descrita por Beau no es una enfermedad, y si solo un elemento de las afecciones del corazón, como la ataxia y la adinamia son elementos de las fiebres,

pero que no pueden tener existencia independiente. La asistolia puede unirse á todas las enfermedades crónicas orgánicas del corazón, é imprimirlas por consiguiente los caracteres comunes que constituyen la *facies propria* de Corvisart, el *weakness* de Stokes, ó lo que nosotros llamamos *tipo cardíaco*.

La asistolia ó la debilitación del corazón es producida algunas veces por un obstáculo mecánico tal como la estrechez de un orificio; otras veces por la acumulacion de sangre en el corazón; así es que puede ocurrir en los esfuerzos: por debilidad de las fibras comunes á los dos ventrículos; por el peso de la columna de la sangre aórtica; por la anemia globular, por causas morales. En todos estos casos, el corazón se encuentra en el estado de un instrumento que ha sido *forzado* y que no puede llenar sus funciones sino imperfectamente.

Esta debilidad *vital* ó *dinámica* da lugar á los síntomas siguientes, que permiten reconocer una enfermedad del corazón «al primer golpe de vista,» como dijo Laennec:

Cara abotagada ó tumefacta con un tinte amarillento y casi transparente, ojos salientes, párpados edematosos, labios lívidos, violados, cubiertos de arborizaciones y de estrías venosas; yugulares inyectadas, no vaciándose completamente en la inspiración, agitadas con frecuencia por latidos; disnea, tos, catarro pulmonar; aumento de volumen del hígado; edema, anasarca, derrames en las cavidades serosas; frecuentemente albuminuria.

**Dislocación.**—Existe casi exclusivamente en los derrames considerables de la pleura izquierda, en cuyo caso es impulsado bajo el esternon y las costillas del lado derecho. Entonces se observa: ausencia del choque y de los latidos del corazón en el lado izquierdo del pecho. Choque y latidos en el epigastrio ó á la derecha del esternon, sonido macizo en los mismos puntos (Piorry), signo ilusorio, porque esta macidez dependiente del corazón se confunde con la del derrame y con la del hígado, y no tiene caracteres acústicos propios para distinguirla de las demás. Doble ruido dislocado y acompañado ó no de choque perceptible por la mano; ruidos semejantes á los del estado normal ó modificados por algun ruido de soplo, si hay pericarditis concomitante, hecho bastante comun; estos dos ruidos tienen las mismas relaciones que en el estado normal, es decir, cada uno tiene su sitio particular, uno en la punta y otro en la base, y á la misma distancia uno de otro. No hay notable combadura, ningun dolor ni estremecimiento vibratorio; signos de un derrame pleurítico que llena toda la cavidad izquierda del torax; tendencia al síncope; muerte súbita.

*Racle*