

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 según 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 acumulación 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

No hay que olvidar que los ruidos del corazón pueden estar dislocados sin que lo esté el órgano; la induración del borde anterior del pulmón, una pleuresía del lado derecho, pueden transmitir los ruidos y hacerlos oír á la derecha del esternon, ó bajo las clavículas, ó la axila; pero entonces hay macidez en estos puntos, ausencia del choque, y el corazón se siente latir en la región precordial; por último, no hay derrame pleurítico á la izquierda.

Un aneurisma de la aorta puede dar un choque y latidos simples ó dobles á la derecha del esternon. No hay que olvidarse de investigar si el corazón late en su sitio normal. Llegado á cierto grado, el aneurisma consume y perfora las costillas; da lugar al estremecimiento vibratorio, á una desigualdad en la fuerza de los latidos de las arterias radiales, á la afonía, á fenómenos de compresión del esófago, de la tráquea, de las venas, etc.

El corazón puede ser dislocado por tumores del mediastino; no hemos visto ningún caso de este género, siéndonos por lo tanto imposible dar su descripción.

La *dislocación del corazón por transposición de las vísceras* debe tenerse en la memoria.

Pericarditis.—*Pericarditis aguda.*—Enfermos afectados de reumatismo articular agudo, generalizado ó extendido á muchas articulaciones importantes ó de una pleuresía, pleuro-neumonía, bronquitis grave, generalizada, etc.; sin dolor precordial, sin agitación, ni ansiedad, ni síncope. Desde los primeros días se observa la región precordial sin convexidad ni con sonido macizo; choque normal de la punta del corazón, ligero roce ó frote en un punto cualquiera; la punta parece pegada á la pared torácica, no separándose sino con dificultad; mas tarde hay roce superficial, extenso y diseminado; ruido de tafetan, debido á la aspereza de la serosa ó al frote de las falsas membranas blandas ó semi-líquidas. Algo después, formación de derrame, convexidad mas ó menos extensa, no se percibe el choque de la punta del corazón; ruidos profundos, lejanos, oscuros y sin ruido de frote de ninguna especie, pero que puede presentarse sentándose el enfermo; ligero ruido de soplo, si hay endocarditis. La macidez varía de sitio un poco, si se acuesta el enfermo del lado derecho y del izquierdo alternativamente. Ninguna sensación de angustia, pero sí de dificultad, de obstáculo, *ingrata*, sentimiento de desempeño penoso en una función; algunas veces, aunque raras, hay lipotimias; pulso sin cambios, ni irregularidades; no hay palpitaciones. Desaparece ó disminuye el derrame; la combadura y la extensión del sonido macizo siguen el mismo movimiento; el cora-

zón se hace superficial á la mano y al oído; vuelve á percibirse el choque de la punta. Alguna vez roce y estremecimiento vibratorio en los casos mas raros; auscultando, se percibe: roce, chasquido, ruido de cuero semejante al estertor crepitante, raspadura en uno ó en otro tiempo, ó en ambos, y algunas veces sin intervalo, generalmente breve, pero mas fuerte que al principio: estos ruidos cambian con rapidez, desapareciendo y presentándose en el espacio de algunas horas, segun las alternativas de sequedad y de derrame. Algunas veces aumentan; pero por lo general disminuyen de fuerza, para convertirse en un frote suave que se parece al ruido de soplo, lo que es dependiente de las falsas membranas y de la suavidad que recobran sus superficies. Cuando se induran, el ruido se hace mas ó menos áspero; pero esto solo se observa mucho tiempo después. Lo que más llama la atención en esta enfermedad es el cambio rápido de los fenómenos locales. Los generales (fiebre, sangre cubierta de una capa inflamatoria) persisten cuando los dolores y la tumefacción articulares han desaparecido recientemente.

Cuando hay complicación de pleuresía, de neumonía, y sobre todo de pleuresía diafragmática, existen dolores algunas veces atroces, lipotimias, síncope y la mayor parte de los fenómenos citados por Corvisart. Recuérdese el ejemplo de Mirabeau.

Pericarditis crónica.—Antecedentes: *pericarditis aguda*, ó al menos reumatismo, fluxión de pecho, tratamiento lento ó poco enérgico; curación lenta ó incompleta; fenómenos existentes desde entonces, localizados en el corazón. No hay dolor, á menos que no exista pleuresía. Convexidad de la región precordial, ausencia del choque y latidos del corazón perceptibles en el vértice; puede aproximarse el corazón á la pared torácica haciendo sentar al enfermo. Sonido macizo, á veces en grande extensión, gran resistencia al dedo, no prolongándose al lado izquierdo del torax; variación de los límites derecho é izquierdo del sonido macizo, segun la postura. No hay fluctuación sensible; el corazón no late *aquí y allá*, como dice Corvisart. Tic-tac profundo, sordo, lejano, como los ruidos del corazón del feto, soplo y ruidos anormales, pero tambien lejanos, á no ser que se ausculte estando el enfermo sentado. La convexidad precordial y la macidez se modifican por las sangrías y los vejigatorios, el líquido disminuye con rapidez, sucediendo lo mismo á la combadura y sonido macizo; los ruidos se hacen mas superficiales, mas claros, y el corazón se aproxima al oído. Esta modificación impresa por el tratamiento, impide el que se confundan los derrames crónicos con la hipertrofia del corazón. Los síntomas lejanos son variables y no tienen importancia.

Hidropericardias.—Acumulacion de serosidad simple por exceso de secrecion (hidropericardias activo) ó falta de absorcion del pericardio (hidropericardias pasivo). Los mismos caractéres anteriores, á no ser que la enfermedad suceda á una afeccion inflamatoria, en cuyo caso solo en el principio presenta fenómenos de agudeza.

El hidropericardias activo se desarrolla con rapidez en los individuos jóvenes, vigorosos, sanguíneos, despues de un enfriamiento ó de un exceso de trabajo. Pueden citarse pocos casos de didropericardias activo; la mayor parte de los considerados como tales no son quizá mas que pericarditis. El hidropericardias pasivo es mas comun, se presenta en sujetos empobrecidos por enfermedades anteriores, y en los infiltrados.

Hemopericardias.—Los signos físicos de este derrame deben ser esencialmente los mismos que en el del derrame seroso. No tenemos observaciones de hechos de esta especie. Este derrame es el resultado de una rotura del corazon, del origen de la aorta ó de la arteria pulmonar, y va seguido de muerte súbita, tan pronta como el rayo, pues la hemorragia es fulminante por excelencia (Bouillaud).

Neumo-pericardias ó hidro-neumo-pericardias.—El corazon puede oirse á distancia. «Me ha servido algunas veces para anunciar la neumo-pericarditis una resonancia mas clara por debajo del esternon, sobrevinida despues de algunos dias, ó un ruido de fluctuacion determinada por los latidos del corazon y por las inspiraciones fuertes» (Laennec). El diagnóstico del hidro-neumo-pericardias está fundado sobre dos signos principales, á saber: una resonancia timpánica y un ruido de fluctuacion en la region del pericardio (Bouillaud), ruido que se parece bastante al que hace el agua agitada por la rueda de un molino, y debido evidentemente á los movimientos alternativos del corazon. Este carácter ha sido observado por M. Bicheteau en un caso en que el pericardio contenia un pus fétido y gases que se escapaban silbando. (*Archivos*, 1844). El ruido de *rueda de molino* y la agitacion rítmica del liquido por los movimientos del corazon son en cierto modo la llave del diagnóstico (Bouillaud).

Placas lechosas.—Cuando están situadas en la parte posterior del corazon, no producen síntomas apreciables; las de la cara anterior determinan frecuentemente un frote ligero, superficial, parecido á un roce ó á un soplo, pero difuso y no cilíndrico, situado en la parte media del corazon y no hácia los orificios. Este carácter puede adquirir cierta importancia, si es permanente, ó se aumenta cuando

se sienta el enfermo, si se sabe que ha habido anteriormente una pleuresía, un reumatismo ó mejor aun una pericarditis. Hemos visto muchas veces á M. Bouillaud diagnosticar placas lechosas, poco espesas, ásperas, pero salientes de algunos centímetros de diámetro.

Adherencias del corazon con el pericardio.—El diagnóstico de las adherencias parciales, blandas y celulósas es imposible.

El de las adherencias generales, duras y resistentes, es posible algunas veces, pero siempre difícil. Pero este diagnóstico no es indispensable, puesto que no se puede hacer nada contra ellas, ni tienen la gravedad que las atribuye Corvisart. Depresión mas ó menos fuerte de las costillas y de los espacios intercostales de la region precordial (Bouillaud y Barth); movimiento perpétuo de fuerte ondulacion, percibido debajo del sitio en que se observa naturalmente el latido y debajo de las costillas izquierdas de la region superior del vientre (Sander). La punta del corazon, mas bien que choque, da una sensacion de ondulacion; no se separa bien de la pared torácica en el diástole, y no se disloca sino cuando se hace acostar el enfermo de uno ó de otro lado (Bouillaud). Ruidos superficiales próximos al oido, pero sordos y como abortados; uno de ellos, el segundo sobre todo, se debilita, y aun puede faltar por completo (Aran).

Exceso de tejido adiposo.—No puede diagnosticarse positivamente. Puede suponerse su existencia en los sujetos obesos.

Atrofia del corazon.—La atrofia del corazon es una afeccion problemática. Creemos que el corazon puede enflaquecer como todos los órganos; perder parte de su peso por la desaparicion de la grasa, del tejido celular que entra en su composicion; la fibra carnosa puede decolorarse y aparecer transformada en sustancia grasosa; pero no creemos que pueda disminuir ó desaparecer, ni aun parcialmente. Esta atrofia seria incompatible con la vida. Todos los síntomas enunciados anteriormente se refieren, pues, al enflaquecimiento del corazon.

Hipertrofia del corazon.—*Hipertrofia general simple.*—Aumento de la impulsión, elevando toda la pared torácica, los vestidos, las cubiertas de la cama, la cabeza del observador que ausculta; latidos perceptibles hasta en la base del cuello.

El choque de la punta se verifica en una extension mayor, en dos ó tres espacios intercostales, elevando el estetoscopio; algunos la-

tidos distintos en la base del corazón bajo el segundo y tercer espacio intercostal durante el sístole, comunmente durante el diástole y alternativamente en la punta. Esta descende hasta el sexto, séptimo ú octavo espacio intercostal, dirigiéndose á la línea vertical del pezón ó hácia fuera; convexidad, sonido macizo exagerado; el corazón se siente perfectamente bajo la mano y el oído; mayor distancia entre el sitio en que se oye el primer ruido y el segundo; choque comparable á un martillazo, haciéndose penoso al oído y á la mano del observador. Esta enérgica impulsión es permanente. El doble ruido es muy fuerte, algunas veces un poco apagado, pero perceptible en una extensión mayor de la normal, y aun en la parte posterior del torax. Palpitaciones por intervalos, sea espontáneas, sea por el ejercicio; dificultad de subir una escalera, disnea, respiración naturalmente alta, sin que se dificulte con exceso, decúbito dorsal, cabeza elevada; repleción penosa del estómago: edema, cianosis, etc., solamente cuando hay lesiones de los orificios; no hay ruidos anormales, á no ser en las palpitaciones; no hay dolores; chasquidos metálicos permanentes ó pasajeros. Todos estos fenómenos permanentes se acrecientan constantemente, datando siempre de mucho tiempo; marcha lenta de la enfermedad.

Hipertrofia situada principalmente en el ventrículo izquierdo.— Pulso fuerte y desarrollado (Laennec), vibrante (Corvisart), epistaxis, disposiciones á las hemorragias cerebrales, predisposiciones á las inflamaciones; cara encendida, coloreada por la sangre arterial, llamaradas de calor, cefalalgia habitual; ruido sordo debajo y afuera del pezón (Laennec, Bouillaud), ruido normal y claro en el epigastrio.

Hipertrofia del ventrículo derecho.— Sonido macizo y convexidad en la parte inferior del esternon; choque, ruidos anormales en el mismo punto y en el epigastrio. En un punto del lado izquierdo del pecho se oye algunas veces el tic-tac normal de las cavidades izquierdas (Littre y Rayer); infarto sanguíneo del pulmón, hemoptisis (problemáticas); presencia habitual del líquido en los bronquios (Piorry).

Hipertrofia de las aurículas.— No está nunca aislada. A esta lesión deben referirse los latidos que se manifiestan algunas veces hácia la base del corazón.

No deben aceptarse sin desconfianza algunos de los síntomas precedentes, porque estas diversas variedades están rara vez aisladas, y sus pretendidos síntomas son por lo general el resultado de alteraciones de los orificios ó de sus válvulas.

Dilatación del corazón.— Latidos poco sensibles á la vista, oscuros al tacto, impulsión débil, blanda, especie de ondulación. Punta descendida y dirigida hácia fuera, poca convexidad, macidez como en la hipertrofia, pero que disminuye rápidamente con las sangrías (Piorry). El corazón se siente debajo de la mano; ruidos mas claros y acompañados de una especie de chasquido seco, sobre todo el primero, se extienden en un radio limitado; palpitaciones frecuentes, sordas, dolorosas, poco enérgicas, blandas y con una especie de fluctuación.

Dilatación de las cavidades izquierdas.— Pulso blando y débil, ruidos claros y poco intensos bajo la quinta ó sexta costilla izquierda, debajo del pezón, oyéndose tambien en ambos. Descenso de la temperatura, extremidades frias, facilidad en producirse gangrena.

Dilatación de las cavidades derechas.— Macidez en la parte inferior del esternon, éxtasis sanguíneo en las venas, pulso venoso, extrema cianosis en la cara, enfriamiento, gran disnea, diátesis serosa.

Aneurismas verdaderos.— No hay síntomas conocidos. «Nos parece que el pecho debe dar un sonido casi macizo en la parte inferior izquierda; que las pulsaciones deben escucharse con dificultad en la base y vértice del corazón; que en este último sitio deben ser oscuros y acompañados de estremecimientos, y quizá de zumbido ó susurro (Breschet).» «Sonido macizo en su extensión proporcionada al tumor; elevación de las paredes torácicas; ruido anormal cuando la sangre penetra y sale del tumor (Bouillaud).» Los casos en que puede establecerse el diagnóstico son en los que el tumor haya adquirido un volumen enorme, produciendo elevación en la región precordial.

Endocarditis.— Se presenta en los enfermos afectados de reumatismo articular agudo, de neumonía ó de pleuresía y de bronquitis grave. Sensación penosa en la región precordial, convexidad, macidez, choque mas enérgico, elevación en masa del corazón y movimiento de la totalidad. Los dos ruidos son menos distintos, embotados y ahogados, faltando uno algunas veces: ruido de soplo enfilado, tubario, en la base, en la punta ó en la parte media del corazón. Si persiste fiebre despues de la cesación de un reumatismo ó de una neumonía, debe suponerse que existe una endocarditis, como dice Bouillaud.

Los signos de la endocarditis valvular son los de las afecciones que vamos á describir.

Coágulos formados en el corazón durante la vida.— No hay ningún síntoma característico de los coágulos del corazón, pudiendo deducirse el diagnóstico de la marcha de la enfermedad. Si se trata de un enfermo afectado de reumatismo, de pleuresía ó pleuro-neumonía (enfermedades en las que se presenta la endocarditis casi exclusivamente), y si durante los primeros días se ha comprobado el estado perfecto ó casi normal del corazón; si se observan manifestaciones irregulares, un poco de soplo, un grado ligero de macidez ó de convexidad, haciéndose después los latidos tumultuosos, desarreglados, frecuentes de 150 á 180 y 200; que el corazón, presentándose casi superficial, no da sino un choque oscilatorio; que los ruidos se hacen sordos, embotados, roncós; que no se oye distintamente el chasquido valvular, ni se sienten latir las arterias lejanas, y hay enfriamiento y algo de cianosis, entonces podrá admitirse con probabilidad la existencia de coágulos. ¿Se dirá que estos síntomas constituyen las palpitaciones? Esta afección no va nunca acompañada de una alteración tan profunda y permanente del corazón y de las arterias. ¿Se dirá que es el resultado de lesiones orgánicas de los orificios? No, porque la enfermedad se ha producido de pronto, en pocas horas. ¿Será una pericarditis? El corazón está próximo á la mano, y el sonido macizo no pasa de los límites normales. ¿Será una rotura de las cuerdas ó de los pilares? Los fenómenos no son permanentes y no disminuyen. Se puede, pues, tener grandes probabilidades de la formación de coágulos, pero son mayores las deducidas de la marcha, que las suministradas por los caracteres y los síntomas.

Lesiones de los orificios y de las válvulas. Vegetaciones.— Es muy difícil atribuir á las lesiones de las válvulas y de los orificios los signos que realmente les pertenecen; porque, en la práctica, los fenómenos propios de estas lesiones se confunden con los de sus concomitantes, hipertrofia, dilatación, etc.; sin embargo, los fenómenos más particulares de estas lesiones son las modificaciones de los ruidos naturales ó la aparición de ruidos anormales.

Hay un gran número de especies de alteraciones valvulares; M. Bouillaud ha sido el único que las ha distinguido unas de otras, haciendo ver que no se trata siempre de estrecheces y de insuficiencias.

En el primer grado de endocarditis valvular, las válvulas están solamente más espesas, edematosas, blandas; entonces los dos chasquidos valvulares se perciben aun, pero como ahogados ó embotados, si la endocarditis es más antigua y las válvulas están endure-

cidas, secas, apergaminadas, los ruidos tendrán estas mismas condiciones; se sentirá con la mano el movimiento valvular presentando un carácter análogo.

Si las válvulas están rugosas, cubiertas de vegetaciones, osificaciones, depósitos plásticos, se sentirá un estremecimiento vibratorio, y se oirá un ruido de pio á distancia del pecho, y por la auscultación inmediata ruido de escofina, de sierra ó de soplo; en cuanto al tic-tac normal habrá desaparecido uno de los tiempos, y algunas veces los dos, siendo reemplazados por el ruido anormal. Sin embargo, el tic-tac más ó menos natural se encontrará siempre lejos del sitio donde se encuentra el ruido de soplo.

Recordarémos con insistencia que un soplo no es, absolutamente hablando y como generalmente se dice, un fenómeno propio de estrechez ó de insuficiencia, porque puede producirse en el interior de los ventrículos y con integridad de los orificios y de las válvulas.

Sin embargo, cuando se ha reconocido que se liga á una lesión de orificio, tiene una significación muy marcada, según el sitio y tiempo en que se produce. Hé aquí los casos en que se encuentra en la práctica:

Estrechez aórtica; soplo en el primer tiempo en la base del corazón; insuficiencia; soplo en el segundo tiempo y en el mismo sitio: estrechez é insuficiencia; soplo doble ó de vaiven. Estos dos fenómenos se hacen extensivos á los aneurismas de la aorta. **Insuficiencia aurículo-ventricular;** soplo en el primer tiempo y en la punta á causa de la constante presencia de una insuficiencia concomitante. Estos dos casos se distinguirán: fenómenos lejanos, que no existen en la insuficiencia, muy marcados en la estrechez; estos fenómenos son: anasarca, derrames en las serosas, hipertrofia del hígado, pequeñez del pulso, etc. En las estrecheces es en las que se encuentran sobre todo los triples y aun cuádruples ruidos, falsas intermitencias ó irregularidades de los latidos del corazón.

Reblandecimiento.— Imposible de diagnosticar. Fenómenos de atrofia, de dilatación del corazón y de asistolia.

Cianosis por persistencia del agujero de Botal.— Poco tiempo después del nacimiento, coloración violada, azulada en diversos puntos del cuerpo, las uñas, las manos y después la cara; dificultad en la respiración y circulación, tendencia al enfriamiento; accesos de sofocación y de asma.

Obliteración de la vena cava superior.— Tos, disnea, palpita-

nes, vértigos, cefalalgia, tendencia á las congestiones cerebrales al principio: edema de la cara y de la mitad superior del cuerpo, cianosis, dilatacion de las venas superficiales, hemorragias (hemoptisis, epistaxis, hemorragias cerebrales); fenómenos cerebrales, tales como cefalalgia, aturdimientos, relintin de oidos, sueño agitado, penoso. Larga duracion (Oulmont).

Aneurisma arterioso-venoso de la aorta y de la vena cava superior.—Los mismos síntomas anteriores, y además ruido de soplo y estremecimiento vibratorio en la parte derecha y superior del esternon. Desarrollo brusco, marcha rápida, muerte á los pocos dias.

Aneurismas de la aorta torácica.—Sensacion de latidos en el pecho, distintos de los del corazon. Susurro, estremecimiento vibratorio casi siempre á la derecha del esternon, macidez, soplo simple doble, distinto del del cardíaco. Fenómenos de compresion del esófago ó de la tráquea, afonía, despues salida del tumor al través de la perforacion del esternon ó de las costillas (el corazon no perfora nunca las paredes torácicas). Este tumor tiene todos los caracteres de los aneurismas, y sus latidos son distintos de los del corazon.

Enfermedades que simulan comunmente afecciones del corazon.

Clorosis. Anemia.— Se observa en los jóvenes, niñas, mujeres, que no han tenido nunca reumatismo, pleuresía, ni pulmonía; palpitaciones que se remontan algunas veces á una época anterior á la pubertad. Excesos de todos géneros, venéreos, de masturbacion, pérdidas seminales; privacion de sueño, excesos de trabajo físico ó intelectual, ocupaciones sedentarias, continencia extremada, inclinaciones contrariadas, alimentacion insuficiente; dismenorrea, amenorrea, emociones vivas; cambios de habitacion, paso de la vida habitual del campo á la de las ciudades. Presenta, como síntomas, palpitaciones, disnea espontánea ó determinada por el trabajo ó equitacion; fuertes palpitaciones mas ó menos permanentes; dolor vivo en la punta del corazon, dolores pasajeros en diversas partes del cuerpo; jaquecas frecuentes, puntos de costado, decoloracion general de los tegumentos, estando la cara colorada algunas veces; mucosas muy pálidas; los vasos superficiales, ó no se marcan, ó lo hacen por medio de surcos mas ó menos profundos, venas medio vacías, enflaquecimiento, facilidad en fatigarse, trabajo intelectual penoso; emociones y llanto fáciles; cuando uno se acerca al enfermo, presenta este palpitaciones que se calman fácilmente; gastral-

gia, mucho apetito, caprichos. Leucorrea en las mujeres. Corazon de volúmen normal, sin que descienda la punta; no hay estremecimiento vibratorio, doble chasquido marcado, choque manifiesto; soplo suave en el primer tiempo y en la base, prolongándose á la aorta. En los vasos del cuello, soplo continuo ó de doble corriente, ó musical y sibilante; algunas veces estremecimiento sensible al dedo sobre el trayecto de las venas gruesas y comparable al zumbido de un moscon.

Angina de pecho.—Constriccion angustiosa del pecho, presentada de improviso en medio de la salud mas perfecta, y desapareciendo en pocos instantes despues de haber llegado á su mas alto grado de intensidad. Accesos lejanos al principio, ausencia de disnea y tos, y de palpitaciones en su intervalo; dolores que se extienden por la espalda y el brazo, regularidad en los latidos del corazon y del pulso. Edad avanzada.

Pleuresía crónica.—Sencilla ó doble. Solo nombramos esta afeccion para recuerdo, y porque es una de las enfermedades que se presentan con mas frecuencia como causa de confusion. Encontrémos sus caracteres en los capitulos siguientes.

ENFERMEDADES DE LOS PULMONES.

El estudio de las enfermedades del aparato respiratorio está mucho mas adelantado que el de las afecciones que acabamos de estudiar; los signos son mejor conocidos y apreciados, siendo, por lo tanto, mas fácil establecer el diagnóstico con seguridad y certeza. En esta parte es en la que la ciencia médica puede aproximarse á las ciencias exactas, porque los hechos son en parte reducidos á fórmulas generales y á principios comparables en cierto modo á los axiomas. Esta precision, lejos de impedirnos el desarrollo de la idea, nos permite ser, por el contrario, concisos; los detalles no son verdaderamente útiles sino cuando los objetos que se trata de dar á conocer son oscuros.

Como los signos principales de estas enfermedades consisten sobre todo en fenómenos físicos, deducidos de la forma, de los movimientos, de los ruidos del torax, es indispensable conocer las disposiciones anatómicas de toda la cavidad del pecho y de los fenómenos fisiológicos que se producen.