

miento sistólico solo añade un escedente que parece provocar la contracción de los ventrículos. De aquí la imposibilidad de explicar el primer ruido por la entrada de la oleada sanguínea en la cavidad ventricular. Además la larga duración del diástole auricular y ventricular se opone á que se explique el segundo ruido del corazón por la brusca dilatación de las aurículas.

Así admitiremos que el primer ruido es producido por el chasquido de las válvulas auriculo-ventriculares en el sistole del ventrículo, y el segundo por el chasquido de las válvulas sigmoideas después del sistole al principio del diástole pasivo del corazón.

ARTÍCULO II.

ENFERMEDADES DEL ENDOCARDIO.

Las enfermedades del endocardio, primitivamente confundidas con las demás afecciones del corazón fijaron primero la atención de Corvisart, haciéndose después su estudio cada vez más completo.

1.º Endocarditis aguda.

Las investigaciones algún tanto exactas sobre esta enfermedad son muy modernas. Apenas se hace mención de ella en la obra de Corvisart (1), Kreysig (2) y Laennec (3) no entran en mayores detalles. Bouillaud es el primero que ha estudiado la enfermedad bajo todos sus puntos de vista, y que ha presentado de ella algunas observaciones completas. Muchos autores, y en particular Simonet (4), Cazeneuve (5), Hope, Grisolle, etc., han citado hechos en que se demuestra la existencia de esta afección.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Se dá el nombre de *endocarditis* á la inflamación de la membrana interna del corazón, en cualquier punto de las cavidades en que se manifieste.

Esta enfermedad ha sido designada por Simonet bajo la denominación de *carditis parcial*. Hope le llama *endocarditis* ó *inflamación de la membrana interna del corazón*.

Segun Bouillaud, esta enfermedad es muy frecuente; en efecto, cree que se desarrolla en la mayor parte de las enfermedades febriles muy intensas. En el concepto de Laennec es por el contrario, muy rara,

- (1) Corvisart, *Essai sur les mal. du cœur*, 3.ª edición; París, 1818.
- (2) Kreysig, *Die Krankheit. des Herzens*; Berlin, 1814.
- (3) Laennec, *Traité de l'ausc. méd.*, 3.ª edición, t. III, p. 200.
- (4) Simonet, *Sur la cardite part. et gén.*; Thèse, París, 1824.
- (5) Cazeneuve, *Essai sur l'endocardite aiguë*; Thèse, París, 1836.

pues es una cuestión que no se puede resolver sino después de haber apreciado el valor de las diversas lesiones admitidas por los autores. Pero si se puede hablar con más seguridad acerca de la *frecuencia relativa* de la endocarditis primitiva y de la endocarditis secundaria.

§ II.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

Inútil sería buscar en las observaciones datos muy exactos acerca de la influencia de las diversas condiciones de *edad*, *sexo*, *temperamento* y *constitución* en la producción de la endocarditis.

No sucede lo mismo respecto de *las afecciones en cuyo curso se desarrolla la endocarditis*. En efecto, si examinamos bajo este punto de vista las observaciones, encontramos que de veintinueve casos mencionados por los autores, diez y nueve veces se desarrolló en el curso de una enfermedad febril. El *reumatismo articular agudo* es de todas las afecciones la que con más frecuencia produce la endocarditis; en efecto, de estos veintinueve casos nueve veces ha tomado origen durante su curso; viene después la *pulmonía*. La *febrilis*, la *gangrena*, un *absceso del abdomen*, una *nefritis* y las *calenturas eruptivas*, son las afecciones durante las cuales se ha desarrollado también algunas veces. En un caso no existía más que una *hipertrofia del corazón*, y en otro una *tisis tuberculosa*. Las recientes investigaciones del doctor Latham (1), hechas en un considerable número de enfermos, confirman estas deducciones. De aquí se sigue que no se debe considerar la endocarditis, á lo menos en el mayor número de casos, sino como una simple complicación cuya importancia apreciaremos más adelante. Se han citado algunos hechos de endocarditis que se manifestaron durante el curso de una *calentura tifoidea*; pero el examen de las observaciones no me ha permitido considerar su existencia como bien demostrada, porque parecía que las lesiones encontradas en el endocardio habían existido antes que las de la calentura tifoidea.

Es muy probable que en estos casos se trate de una forma particular de endocarditis que estudiaremos más adelante con el nombre de *endocarditis ulcerosa*.

2.º Causas ocasionales.

Se ha dicho que estas causas eran las mismas que las de la pericarditis, y que consistían principalmente en un enfriamiento repentino estando el cuerpo sudando; pero esta aseveración no se encuentra confirmada por las observaciones. Algunas veces se atribuye la enfer-

- (1) P. Latham, *Lect. on subj. connect. with clin. med.*; London, 1843.

medad primitiva á un enfriamiento repentino; mas no se puede descubrir por qué en ciertos sugetos, mas bien que en otros colocados en las mismas condiciones, se agrega á ella una endocarditis. Sería preciso, para demostrar la existencia de estas causas, que se verificase un nuevo enfriamiento ó una nueva *supresion de la traspiracion* poco tiempo antes de la aparicion de la endocarditis, y esto es lo que no se observa.

§ III.—Sintomas.

Hasta Bouillaud se ha comprendido en una sola y misma descripcion la inflamacion del tejido del corazon y la de su membrana interna. Corvisart no creia que esta pudiera estar inflamada aisladamente, ó á lo menos miraba á este hecho como sumamente raro. Laennec era tambien de esta opinion, por lo que no se ocupó de un modo especial de la afeccion de que se trata. En cuanto á Kreysig y otros autores mas antiguos, espusieron en un mismo articulo, no solo la inflamacion del tejido muscular del corazon y de su membrana interna, sino tambien la del pericardio. Es evidente que en el estado actual de la ciencia estas observaciones serian mas bien un origen de errores que de conocimientos útiles. Por esta razon consultaremos, entre las observaciones de los modernos, aquellas en que la inflamacion ha quedado limitada al endocardio.

La *invasion* de la endocarditis nada presenta de particular sino que en muchos casos en que al parecer cedia la enfermedad primitiva, su aparicion ha dado lugar á sintomas de recrudescencia. Una vez confirmada la enfermedad, hé aqui lo que se ha observado.

El *dolor*, segun Bouillaud, falta las mas veces en la endocarditis, y casi solo existe en los casos en que está complicada con la pericarditis y la pleuresia.

Se ha hablado de una *elevacion* en la region precordial como de un signo que pertenecia en parte á la endocarditis; pero como lo advierte el mismo Bouillaud, que dá alguna importancia á este sintoma, no se manifiesta sino cuando hay complicacion de pericarditis, lo que demuestra que solo debe referirse á esta última afeccion.

Segun dice Bouillaud, se nota en la region precordial un *sonido á macizo* que varía de 11 á 44 centímetros cuadrados; pero no he encontrado en los casos de endocarditis aguda sonido á macizo que pase de 15 centímetros cuadrados. Ya veremos si en la endocarditis crónica sucede de otra manera. En los casos en que el sonido á macizo se percibe en mucha estension, es debido á una complicacion con la pericarditis, y depende enteramente de la acumulacion de serosidad en el pericardio. Así, pues, nada prueba que un sonido á macizo estenso sea un signo que pertenezca propiamente á la endocarditis aguda.

Los *latidos* del corazon se consideran como fenómenos que suministran signos muy importantes en esta afeccion; mas por desgracia no se encuentra indicado su estado de una manera conveniente en las

observaciones; pues en efecto, no se habla de él mas que en doce casos de los treinta y tres que he reunido. En casi todos ellos la *impulsion* era fuerte, la pared anterior del tórax era levantada con fuerza y en una estension bastante considerable. Solo dos veces se ha sentido, aplicando la mano sobre la region precordial, un *estremecimiento vibratorio* bastante marcado. En un caso, se dice que no habia *impulsion*, y en el otro se indica solamente que se observaron palpitaciones. Como no se ha estudiado convenientemente la regularidad de los latidos, nada se puede decir de cierto acerca de este punto. En un caso se ha observado que la punta del corazon latia á la parte esterna de la tetilla.

Importa distinguir el estado del *pulso* en el principio y al fin de la enfermedad. En una época próxima á la invasion se ha presentado en el corto número de casos en que se le ha examinado con atencion, fuerte, duro y bastante frecuente. Por el contrario, hácia el fin se pone pequeño, débil, intermitente, sin perder su frecuencia ó bien adquiriéndola mayor, hasta llegar á 150 pulsaciones. Stokes (1) y muchos autores despues de él atribuyen estos diferentes estados del pulso á la irritacion inflamatoria de la fibra muscular cardíaca, y la depresion que se observa al final de la enfermedad es producida por la atonia del músculo que puede llegar hasta la parálisis. El doctor Simonet cree haber descubierto un signo particular del pulso, propio de la inflamacion de la parte del endocardio que cubre el orificio ventriculo-aórtico. Este signo consiste en la sensacion de un roce ó frotacion que pudiera hacer creer que la arteria dá paso á glóbulos resistentes mas bien que á un líquido.

La *auscultacion* aplicada al estudio de esta enfermedad no ha dado resultados satisfactorios en un gran número de casos. En efecto, si se tiene cuidado de distinguir la endocarditis aguda de las alteraciones valvulares que datan de mucho tiempo, y que son un simple resultado de esta inflamacion y no esta inflamacion misma, se ve que apenas en un corto número de casos se hallan uno ó dos signos estetoscópicos que puedan referirse á ella con probabilidad. Así, pues, solo siete veces en treinta y tres observaciones de endocarditis aguda, he visto que se hace mencion de los ruidos del corazon. En un caso eran ahogados, en cuatro habia un ruido de fuelle correspondiente al primer ruido en tres sugetos, y doble en el cuarto. En uno de ellos el ruido de fuelle estaba mezclado con un ruido de escofina. Cuando existia el ruido de fuelle durante el primer ruido, las alteraciones se hallaban principalmente al nivel de la válvula auriculo-ventricular izquierda, y se producian en el momento en que la sangre era lanzada de la aurícula á la cavidad ventricular. En otros dos sugetos habia un ruido de escofina y un silbido. Cazenave ha percibido un *tañido metálico* que habia sido ya indicado por Bouillaud (2).

(1) Stokes, *Traité des maladies du cœur*, trad. por Senac, 1864.

(2) Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*, 1844, 2 vol. en 8.º

Al mismo tiempo que se observan estos síntomas en el corazón, se notan con bastante frecuencia otros en las vías respiratorias. En once casos en que se ha notado, no la hallamos libre sino una sola vez. En los demás era más ó menos difícil, frecuente y acompañada de opresión y sufocación.

Es difícil decir si el movimiento febril que existía en el mayor número de casos dependía en todo ó en parte de la inflamación del endocardio, ó si le era enteramente extraño. Se puede admitir que la aparición de una nueva inflamación ha dado simplemente una nueva impulsión á la *calentura* ya existente, porque en ciertos casos de reumatismo articular se ha podido comprobar bien este hecho. Lo que digo del movimiento febril se aplica igualmente á la *agitación*, á las *convulsiones*, al *sopor* y al *delirio*, que se ha observado en un corto número de enfermos, y que al parecer no tienen más que una relación muy remota con la endocarditis.

§ IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

El *curso* de la endocarditis nada presenta de notable, á no ser que la enfermedad vaya siempre en aumento, sobre todo cuando se ha formado un obstáculo al nivel de uno de los orificios del corazón.

En cuanto á la *duración* se ve por las observaciones que es generalmente corta, cuando la enfermedad termina por la muerte, en cuyo caso nunca ha pasado de seis días. Sin embargo, no ha podido apreciarse su duración sino en un corto número de casos. En aquellos en que los enfermos han curado, no encuentro más que dos veces indicada la duración, y fué de once á veinte días.

Es igualmente difícil apreciar la terminación de la endocarditis, lo cual se concibe fácilmente recordando que esta afección casi nunca existe en el estado de simplicidad, y que viene á complicar á otra más grave. No obstante, se puede dar una grande importancia á la endocarditis como causa de muerte. En veintiseis casos bastante detallados, he encontrado que la terminación ha sido fatal veinte veces; que no ha habido curación completa sino en tres observaciones, y que en los otros tres les han quedado á los enfermos algunos síntomas de afección del corazón que hacían temer por su vida.

La terminación más frecuente de la endocarditis es el paso al estado crónico ó al menos la persistencia de una lesión valvular que se desarrolla á consecuencia de la endocarditis aguda, y que aumenta por las transformaciones que sufren los tejidos alterados ó los productos inflamatorios ó por las alteraciones secundarias que son su consecuencia.

Segun Hope, la enfermedad se termina por lo general en ocho días, y si todavía quedan algunos síntomas locales, se puede asegurar que pasará al estado crónico.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas han sido estudiadas con mucho esmero; pero es menester establecer sobre este punto una distinción esencial, que por lo regular no han hecho los autores. En efecto, se encuentra en los tratados de las enfermedades del corazón una descripción general, ó más bien una reunión de todas las descripciones de las lesiones que se refieren á la endocarditis aguda, de las que son debidas á una endocarditis crónica, de las que son un simple resultado de una endocarditis aguda que ha desaparecido, pero que ha dejado después de ella vestigios indelebles, y en fin, de las que se desarrollan, por decirlo así, espontáneamente en lo interior del corazón, y que casi no pueden referirse, como se verá más adelante, sino á una transformación cartilaginosa ó á una osificación debida á los progresos de la edad. Este modo de presentar los hechos introduce necesariamente en las descripciones una confusión tal, que nada se puede sacar en limpio. Por consiguiente no me voy á ocupar aquí sino de las lesiones que se pueden atribuir exclusivamente á la endocarditis en el estado agudo.

La rubicundez de la membrana interna del corazón es lo primero que ha llamado la atención, y sobre este punto se han suscitado algunas discusiones que son de bastante importancia. Como el corazón contiene sangre con la cual está siempre en contacto su membrana interna, resulta que la superficie interior de este órgano puede estar teñida de rojo por este líquido; de suerte que es bastante difícil distinguir esta coloración de la que es debida á una verdadera inflamación. Conocidos son los experimentos que han hecho Laennec, Andral, Trousseau, etc., de los cuales resulta que una coloración uniforme que se halla sobre todo en las partes más declives, y penetra debajo de la membrana interna como por inhibición y sin alteración de tejido, debe considerarse como un efecto cadavérico. Sin embargo, hay hechos de este género que varios autores han citado como casos de endocarditis, pero se los deben mirar cuando menos como muy dudosos. El color que toma el endocardio es muy variable; Bouillaud le ha visto de un color vivo, rosado, escarlata, de violeta y aun pardusco, y ha reconocido que estas diversas coloraciones eran siempre más intensas al nivel de las válvulas. También ha observado que la coloración anormal no penetraba debajo de la membrana interna, ni desaparecía lavándola simplemente, sino por medio de una maceración prolongada.

Se ha notado el *engrosamiento* y *reblandecimiento* de la membrana interna del corazón en la mayor parte de las observaciones de Bouillaud. Algunas veces en vez de reblandecimiento había mayor fragilidad del endocardio. Casi todos los autores han citado un estado particular de la membrana interna del corazón, que presenta *ulceraciones* más ó menos numerosas, pero no se encuentran observaciones bien detalladas de esta alteración notable, de la cual ya habían presentado

ejemplos Bonnet, Morgagni y Corvisart, y de la que tambien Bouillaud refiere una breve observacion. Estas ulceraciones son ordinariamente superficiales; cuando á consecuencia de estas existen profundas pérdidas de sustancia, esta lesion ha sido por lo comun ocasionada por un absceso del tejido propio del corazon. (Véase mas adelante ENDOCARDITIS ULCEROSA).

Igualmente que en todas las demás partes de las membranas de testura serosa, se pueden formar en la superficie del endocardio concreciones de forma variable y mas ó menos gruesas, que cuando están situadas en uno de los orificios dificultan el curso de la sangre y dán lugar á los ruidos anormales indicados mas arriba. Así, pues, se han encontrado falsas membranas mas ó menos adherentes que habian llegado á cierto grado de organizacion mas ó menos adelantada, y se separaban del endocardio, el cual no presentaba ninguna solucion de continuidad debajo de ellas. Kreysig (1) cita muchos ejemplos tomados de diversos autores. Otras veces las concreciones son irregulares, friables, semejantes á pequeños granos aglomerados. Se hallan metidas entre los tendones y las fibras musculares y adherentes á la membrana interna, que presenta un color blanco ó ligeramente sonrosado, de lo que Grisolle (2) ha referido un ejemplo muy notable.

Estas últimas concreciones, especies de vellosidades rojizas resultan de la produccion exuberante del tejido conjuntivo del endocardio; cuando adquieren cierto desarrollo forman verdaderas vejéticas adherentes á la membrana interna del corazon, sobre todo al nivel de las válvulas.

Se ha discutido mucho para saber si la coagulacion de la sangre en las cavidades del corazon era debida ó no á la endocarditis. En la mayor parte de las enfermedades agudas, y principalmente en la pulmonia y en el reumatismo articular, se encuentran en el corazon gruesos coágulos polipiformes y descoloridos. Por consiguiente, cuando en un caso de endocarditis haya coágulos de esta especie, no se los debe atribuir á esta enfermedad; pero no es lo mismo cuando los coágulos presentan no una simple incrustacion, sino una adherencia real á las paredes del corazon, y cuando han llegado á cierto grado de organizacion: entonces es cuando se puede creer que ha existido una endocarditis.

Es muy raro que se encuentre pus libre en las cavidades del corazon. Segun Bouillaud, esto puede suceder algunas veces, pero yo nunca he hallado ejemplo alguno de él en las observaciones. En algunos casos se ha encontrado pus en el centro mismo de un coágulo metido entre los tendones de las válvulas, en cuyos casos las lesiones de la membrana interna producidas por la inflamacion debian hacer suponer que habia sido segregado por ella el pus que se habia envuelto

(1) Kreysig, *Lug. cit.*, 2.^a parte, seccion 4.^a, cap. III.

(2) Grisolle, *Journ. hebdom.*, t. II, p. 44.

despues de un coágulo. Con este motivo se ha preguntado si no se habria producido el pus en el mismo coágulo.

Hoy se admite generalmente que los coágulos formados en el sistema vascular no contienen nunca pus, y las investigaciones micrográficas han demostrado que el líquido de apariencia purulenta contenido en los coágulos solo es la fibrina disgregada y degenerada en via de evolucion regresiva. Volveremos á ocuparnos de este asunto á propósito de las concreciones polipiformes del corazon.

Una de las lesiones mas graves por sus consecuencias, y por lo tanto una de las que mas importa considerar, es la *adherencia* morbosa de ciertas partes del corazon que deben permanecer libres para el desempeño normal de la circulacion. Así, pues, se ha visto que una parte mas ó menos estensa de las válvulas aurículo-ventriculares se ha llegado á adherir á las paredes de los ventriculos, que las válvulas de la aorta se unen entre si por sus bordes inmediatos y algunas veces por sus estremidades opuestas, y en fin, que se produce la misma lesion en las válvulas aurículo-ventriculares. Aunque estas lesiones se manifiesten con mucha mas frecuencia en las enfermedades crónicas del corazon, cuando la endocarditis aguda ha desaparecido despues de algun tiempo, no se puede dejar de referirlas á lo menos las mas de las veces á esta afeccion, y con tanta mas razon cuanto que se las ha observado siempre en casos recientes, aunque en un grado menos adelantado.

Se encuentran las mas veces estas lesiones al rededor de los orificios y al nivel de ellos. Las concreciones fibrinosas ú otras que se forman sobre la membrana interna del corazon ó sus válvulas pueden además hacerse punto de partida de lesiones secundarias de grande importancia. Sucede á veces que porciones mas ó menos considerables de coágulos ó de exudaciones depositadas sobre el endocardio, se desprenden y son arrastradas por el torrente circulatorio hasta las arterias ó vasos capilares, determinando obliteraciones vasculares, estancaciones, etc. No insistiremos sobre estos hechos que han de tener mayor desarrollo (1).

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Si se recuerda la poca constancia de los principales síntomas, no admirará que el diagnóstico de la endocarditis aguda sea muy difícil y oscuro. En efecto, de todos los síntomas que se han indicado no hay uno que caracterice la enfermedad; de donde se sigue que se puede llegar en el diagnóstico de la endocarditis aguda á tener mayores ó menores probabilidades, pero no es posible evitar todas las causas de incertidumbre. Respecto de las alteraciones de las válvulas en particular, las investigaciones de Bizot prueban que muchas veces se

(1) Véanse los artículos CONCRECIONES POLIPIFORMES DEL CORAZON Y EMBOLIA.

pueden atribuir á una causa accidental las lesiones preexistentes que se habian desarrollado espontáneamente. Hé aquí cómo se debe proceder en estos casos dudosos.

Si en el curso de una enfermedad aguda sobreviene hácia la region del corazon ya un dolor, ya una sensación de malestar; si el enfermo experimenta cierta ansiedad, y si al mismo tiempo la calentura, que parecia ceder, adquiere nueva intensidad, se podrá sospechar la aparición de una endocarditis. Si continúa siendo el mismo el ruido á macizo precordial, ó hallándose solo ligeramente aumentado, se observa un aumento notable de la impulsión, con ruido sordo y á veces irregular, sobre todo si se oye un ruido de fuelle ó de escofina, sin que haya ningun signo de pericarditis, se tendrán las mayores probabilidades de que existe una inflamación del endocardio.

Hope ha hecho una distinción entre los casos en que la respiración está libre á pesar de la existencia de la endocarditis, y aquellos en que se halla dificultad por la formación de las diversas producciones descritas mas arriba. En el primer caso, segun este autor, la acción del corazon es fuerte, violenta y causa una conmoción en el lado izquierdo. El pulso es regular, fuerte, lleno y duro, excepto en los sujetos nerviosos; al mismo tiempo es entrecortado y produce algunas veces un estremecimiento de las arterias ya indicado por Simonet, lo que segun Hope es debido á la *regurgitación* aórtica. Por último, al mismo tiempo que se manifiestan estos signos, no hay ni coloración roja, ni abotagamiento de la cara, ni edema, ni frio de las estremidades. Por el contrario, en los casos que hay un obstáculo al curso de la sangre, se encuentran estos últimos síntomas, y además hay un estado irregular del pulso, los ruidos del corazon son ahogados, etc. Hay muchas razones que se oponen á que se admita sin restricción este diagnóstico de Hope: en primer lugar es de notar que este autor ha tratado en un solo y mismo artículo de la endocarditis aguda y de la crónica, lo que por desgracia han hecho tambien otros muchos autores, y produce gran confusión en la historia de esta enfermedad; por otra parte Hope no ha hecho la comparación de sus observaciones, y se encuentran algunos hechos que podrian hallarse tan bien en un grupo como en el otro de los dos que ha formado.

Si este diagnóstico es difícil respecto de la endocarditis considerada de un modo general, lo es mucho mas todavía cuando se trata de determinar el punto en que reside la inflamación. En efecto, esto no se puede conseguir sino en los casos en que hay en uno de los orificios un obstáculo mecánico al curso de la sangre, pues entonces los ruidos de fuelle que se forman pueden servir para determinarlos. Si el ruido de fuelle ó de escofina se oye *un poco antes* del primer ruido, al que acompaña en seguida, se debe creer que existe un obstáculo en el orificio aurículo-ventricular. Si se verifica en el *momento mismo* del primer ruido, es debido á una estrechez del orificio arterial. Si se produce *durante el segundo* ruido, se debe admitir la existencia de

una insuficiencia arterial debida á una inflamación intensa de las válvulas que les quita toda su flexibilidad, y así permite que la sangre refluya al ventrículo.

En cuanto al lado en que se encuentra la lesión, sería, á pesar de lo que pueda haberse dicho, muy difícil sospecharle, si no se supiese que en casi todos los casos la inflamación ocupa las cavidades izquierdas del corazon. Efectivamente, el sitio en que se producen los ruidos no es suficiente para que se pueda por él diagnosticar el asiento preciso de la endocarditis. Por lo demás esta es una cuestión que ya volveré á tocar.

El *diagnóstico diferencial* de la endocarditis presenta menos dificultades, porque siempre se puede llegar á formarle por via de esclusión. Casi solo pudiera confundirse esta afección con la pericarditis, la carditis, las palpitaciones nerviosas y la hipertrofia del corazon: vamos á ver cómo se llegará á distinguir estas diversas afecciones.

En la *pericarditis* encontramos una elevación parcial que falta casi siempre ó que no existe en la endocarditis, un sonido á macizo muy estenso, el alejamiento de los ruidos del corazon, y que por consiguiénte su debilidad; la falta ó alejamiento del ruido respiratorio en toda la extensión de la region precordial y mas allá, y además el dolor, aunque algunas veces leve, debido á la inflamación de la membrana serosa. En la endocarditis los latidos son superficiales y con frecuencia violentos; el sonido á macizo poco estenso y el dolor casi siempre nulo. El ruido de escofina que se observa en la region precordial, en la pericarditis es superficial y ordinariamente doble; en una palabra, la mayor parte de los signos que caracterizan á estas dos enfermedades se diferencian sensiblemente.

No trataremos de investigar si se puede distinguir la endocarditis de la carditis, hasta que hayamos dado á conocer todo lo que sabemos acerca de esta última enfermedad.

Cuando sobrevenga una afección febril en un sugeto afectado de *palpitaciones nerviosas*, se concibe que á primera vista se pudiera creer en la existencia de una endocarditis; pero los antecedentes, el estado anémico ó clorótico en que se encuentra muchas veces el enfermo, la existencia de estas palpitaciones desde el principio mismo de la enfermedad vendrian á aclarar el diagnóstico, aunque es preciso reconocer que este caso no deja de ofrecer sus dudas.

No son las mismas las dificultades cuando se trata de distinguir la endocarditis aguda de una *hipertrofia del corazon* que presenta un sugeto afectado al mismo tiempo de una enfermedad febril. En semejantes circunstancias, la existencia de los síntomas precedentes, la extensión del sonido á macizo, y los síntomas secundarios, tales como la coloración de la cara y el edema de las estremidades, auxilian mucho el diagnóstico.

Sin embargo, es menester repetirlo, este diagnóstico de la endocarditis aguda ofrece la mayor oscuridad, y el mismo Bouillaud, que

se ha ocupado muy particularmente de él, ha reconocido que no hay todavía los datos suficientes para establecerle de una manera sólida.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° Signos positivos de la endocarditis aguda.

Sobreviene por lo comun durante el curso de una enfermedad aguda.

Malestar, dolor en la region precordial, ansiedad.

Sonido á macizo del corazon, poco estenso.

Aumento notable de la impulsión.

Ruidos sordos, latidos á veces irregulares.

Ruido de fuelle ó de escofina.

2.° Signos que sirven para reconocer el verdadero sitio que ocupa la endocarditis aguda.

Si hay ruido de fuelle y de escofina antes y despues del primer tiempo, el obstáculo está en el orificio auriculo-ventricular.

Si el ruido de fuelle y de escofina solo se nota durante el primer tiempo, la estrechez es del orificio arterial.

Si el ruido es de fuelle en el segundo tiempo, hay insuficiencia arterial.

3. Signos distintivos de la endocarditis aguda y de la pericarditis con derrame considerable.

ENDOCARDITIS AGUDA.	PERICARDITIS CON DERRAME CONSIDERABLE.
Sonido á macizo poco estenso.	Sonido á macizo estenso.
Impulsión fuerte.	Impulsión débil ó nula.
Ruidos del corazon próximos el oido.	Ruidos del corazon distantes del oido.
Casi nunca hay dolor.	Dolor frecuentemente bastante vivo.
Ruido de fuelle profundo.	No se advierte el ruido de fuelle.

4.° Signos distintivos de la endocarditis aguda y de la pericarditis seca.

ENDOCARDITIS AGUDA.	PERICARDITIS SECA.
No hay dolor (signo dudoso).	El dolor es muchas veces bastante vivo.
Ruido de fuelle profundo simple.	Ruido de fuelle, de escofina ó temblor vibratorio superficial, á veces doble.
Opresion, dificultad de la circulación mas considerable. (Bouillaud.)	Opresion y dificultad de la circulación menos considerable.

Este último diagnóstico es muy dudoso como confiesan todos los autores, pues entre todos los signos que acabamos de indicar no hay

uno solo que caracterice perfectamente á una de las dos enfermedades.

5.° Signos distintivos de la endocarditis aguda y de las palpitations nerviosas en un sugeto atacado de una enfermedad febril.

ENDOCARDITIS AGUDA.	PALPITACIONES NERVIOSAS EN UN SUGETO AFECTADO DE UNA AFECCION FEBRIL.
No ha habido palpitations antes de la afeccion actual.	Ha habido palpitations antes de la enfermedad actual.
Trastornos de las funciones del corazon sobrevenidos en el curso de la enfermedad.	Trastorno de las funciones del corazon desde la misma invasion de la enfermedad.
No hay anemia, ni clorosis.	Anemia, clorosis, etc.

En ciertos casos este diagnóstico puede presentar grandes dificultades.

6.° Signos distintivos de la endocarditis aguda y de la hipertrofia del corazon en un sugeto atacado de una enfermedad febril.

ENDOCARDITIS AGUDA.	HIPERTROFIA DEL CORAZON EN UN SUGETO ATACADO DE UNA ENFERMEDAD FEBRIL.
No ha habido trastorno de las funciones del corazon antes de la enfermedad actual.	Trastornos de las funciones del corazon antes de la enfermedad actual.
Sonido á macizo poco estenso.	Se percibe el sonido á macizo en mayor estension.
Color natural de la cara.	Color rubicundo ó amoratado de la cara (signo dudoso).
No hay edema de las estremidades.	Hay edema de las estremidades.

Pronóstico. Siendo de muy corta estension las inflamaciones del endocardio, parece á primera vista que debe ser de muy poca gravedad; pero si se considera que por lo comun sobreviene durante el curso de otra enfermedad febril grave, necesariamente se ha de mudar de opinion, porque es sabido que si se agrega una afeccion inflamatoria á otra enfermedad seria, aumenta su gravedad mas de lo que se podia suponer en vista de la estension y profundidad de las lesiones. Por otra parte, si se atiende á los resultados consecutivos de la endocarditis, no se puede menos de reconocer que es por sí misma grave, puesto que, como veremos mas adelante, dá origen á alteraciones orgánicas, que dificultando el curso de la sangre, producen en-