

anteriores. Sin embargo, se puede decir en general que al principio tienen los síntomas una intermitencia irregular. Débiles entonces, y consistiendo solo en algunas palpitations acompañadas de algo de disnea, se hacen gradualmente mas intensas y mas continuas, hasta que al fin no dejan á los enfermos sino algunos instantes de una mejoría dudosa. Algunas veces se ha visto aparecer y desaparecer el edema varias veces, antes de hacerse permanente, y se han citado tambien casos en que ha desaparecido una hidropesía ascitis bien marcada, sin que se haya podido encontrar una causa suficiente en el alivio de los principales síntomas, pero para volver á presentarse mas adelante. Pensaba Corvisart que estas variaciones en el curso de la enfermedad podian atribuirse muchas veces á la naturaleza de la lesion orgánica, y era de parecer que en estos casos se podia admitir la existencia de vegetaciones ó de escrescencias notables que por momentos venian á obstruir en parte el orificio afectado, y esplicaba tambien de esta manera los ataques de palpitations y de disnea que se observan comunmente. Estas esplicaciones, por ingeniosas que parezcan, no pueden admitirse, puesto que este curso irregular de los síntomas se encuentra tambien cuando el orificio conserva una forma permanente. Por otra parte, se sabe que las lesiones que menos varian dán lugar por lo general á síntomas diversos, en lo que nada hay que sea peculiar de las enfermedades del corazon.

Los autores no han estudiado con bastante atencion la *duracion* de la enfermedad. La invasion se halla por lo comun fijada de un modo vago, y solo aproximadamente se puede indicar esta duracion por medio de los hechos recogidos. Cuando ha sido causada la muerte por los simples progresos de la enfermedad del corazon, ha variado de diez meses á diez años. Por lo comun ha sido de muchos años (dos á tres). En los demás casos, habiendo venido á complicar una afeccion grave á la enfermedad principal, esta se ha abreviado generalmente, y su duracion ha variado desde tres meses á cuatro años y medio.

La *terminacion* de la enfermedad es constantemente fatal. Se han citado casos en que una mejoría bastante notable ha permitido que los enfermos vuelvan en parte á sus ocupaciones; pero ninguno en que se haya perfectamente comprobado la curacion radical. Cuando sobreviene la muerte por solo los progresos de la enfermedad del corazon, se ve que se aumentan los principales síntomas, las palpitations se hacen constantes, la disnea continúa, el edema progresa y algunas veces llega á ser muy considerable. En algunas ocasiones cae el enfermo en una especie de coma; en fin, la respiracion se va haciendo de cada vez mas difícil, la cara toma un aspecto uraño, las estremidades se enfrian los latidos del corazon son mas débiles, irregulares, y su ritmo está tan alterado, que no se puede en algunos casos distinguir los diversos tiempos, y el enfermo sucumbe ordinariamente sin perder el conocimiento.

En cerca de la mitad de los casos que he consultado, la muerte ha

sido ocasionada por una afeccion intercurrente, una vez por una apoplejía cerebral, otra por un reblandecimiento cerebral, dos veces por una pulmonía, por una *purpura hemorrágica* en un caso observado por Hope; en fin, por un esfacelo de la pierna izquierda en un caso citado por Gendrin. Ya volveré á hablar sobre este punto al tratar del pronóstico.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Se encuentran en las dos caras de las láminas valvulares, y principalmente en la cara auricular, rugosidades y vegetaciones que distinguia Laennec en globulosas y verrugosas, y á las que Bouillaud ha agregado otra tercera especie constituida por las vegetaciones albuminosas de fecha mas reciente. Estas vegetaciones se hallan tambien en el borde libre de las válvulas, y pueden, como en un caso observado por Fauvel, estenderse á casi toda la superficie de la cavidad auricular. Su número y su forma varian mucho. Corvisart creia que en ciertas ocasiones se podia atribuir la produccion de estas vegetaciones á la existencia del virus venéreo; pero nada viene en apoyo de esta opinion fundada en una semejanza grosera de estas lesiones con las vegetaciones sifiliticas.

Tambien se observan en estas válvulas algunas placas cartilaginosas y osificaciones de diversas formas. Estas clases de lesiones han sido muy bien descritas por Bizot, á cuyo escrito remito al lector que desee saber mas pormenores. Segun Laennec estas osificaciones son mas blancas, y se pulverizan mas fácilmente que el tejido huesoso natural, porque el fosfato calizo domina mas en ellas. Esta produccion de las placas cartilaginosas y osiformes que se verifica igualmente en los ancianos por los progresos de la edad, no es la lesion mas grave, puesto que cuando existe sola en estos últimos no produce trastornos notables en la circulacion. No sucede lo mismo con las adherencias de las válvulas, que son la causa principal de estas estrecheces estremadas observadas por muchos autores; entonces soldándose las válvulas por sus bordes inmediatos, no dejan mas paso á la sangre que una abertura muy estrecha por la que apenas puede pasar la punta del dedo meñique, y á veces ni aun una pluma de escribir, de lo que Hope ha citado muchos ejemplos. Esta abertura tiene diversas formas segun los casos: unas veces es redondeada, otras linear y algunas otras irregular. Entonces es, y principalmente si las válvulas presentan rugosidades considerables, cuando se oyen los ruidos anormales mas intensos, como los de escofina, sierra, lima, etc. En muchos casos Bouillaud ha comparado la estrechez á un ojal ó á la abertura de la glotis con bordes engrosados; tambien ha visto un fruncimiento mas ó menos notable del orificio alterado.

Podríamos añadir otros pormenores, como el aspecto infundibuliforme de la abertura del lado de la aurícula, etc., pero serian inútiles, porque lo que importa saber es que las válvulas endurecidas, engrosa-

das, osificadas y adherentes, han perdido su movilidad y no dejan pasar la sangre sino con mucha dificultad.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico. Para establecer bien el diagnóstico de la estrechez mitral, es preciso determinar primero cuáles son sus signos positivos, y despues distinguir esta enfermedad de las diversas afecciones con las que se la pudiera confundir.

Si recordamos los principales síntomas descritos mas arriba, vemos que no hay ninguno que sea tan importante como el ruido de fuelle que suministra la auscultacion, y aun es menester añadir que debe llamar menos la atencion del observador este ruido de fuelle por si mismo, su naturaleza é intensidad, que el *instante en que se produce dicho ruido*. Así, pues, el único signo positivo de la estrechez mitral que se puede indicar es el ruido de fuelle que *precede muy poco* al primer ruido del corazon, y concluye en el momento mismo en que este se reproduce, ó le acompaña en toda su duracion.

Respecto de los demás síntomas, tales como las palpitations, la disnea, etc., pueden atribuirse tanto á las lesiones concomitantes, tales son la hipertrofia, la dilatacion, etc., como á la estrechez mitral. Veamos ahora con qué lesiones se podria confundir la que nos ocupa.

Los autores que han creido que el ruido de fuelle en el segundo tiempo era un signo propio de la estrechez mitral, han debido tratar de establecer por simples gradaciones de este signo físico, y por circunstancias accesorias, el diagnóstico diferencial de esta estrechez, y de la *insuficiencia de las válvulas aórticas*; pero en vista de lo que ya se ha dicho, no puede haber dificultad con este motivo, puesto que en la estrechez mitral, el ruido anormal se oye en el *primer tiempo*, y en la insuficiencia se verifica en el segundo.

Mas difícil es establecer el diagnóstico diferencial entre la estrechez del orificio mitral y la *insuficiencia de este mismo orificio*. En efecto, las dos lesiones deben producir el mismo signo y *al mismo tiempo*; así, pues, vemos que en el único caso de insuficiencia mitral en que no habia complicaciones capaces de producir un ruido anormal en otro tiempo, y que ha sido observado por Hope, no existia mas que un simple ruido de fuelle que oscurecia el primer ruido. Por consiguiente, no habria para guiarse sino diferencias de intensidad y de forma en los ruidos de fuelle, diferencias del todo insuficientes, porque pueden cambiar segun el grado de una sola y misma lesion; sin embargo, este es un punto sobre el cual conviene llamar la atencion de los observadores. Ya hemos visto, por lo que resulta de las observaciones recientes, que el ruido de fuelle debido á la estrechez mitral *precede* un corto instante al primer ruido normal del corazon, pero un ruido de fuelle debido á la insuficiencia no debe percibirse sino un breve instante *despues* de la produccion de este primer ruido, ó du-

rante el mismo, puesto que en la teoria que hemos admitido se debe este primer ruido á la dilatacion repentina del ventrículo, despues de la cual solo la sangre es en la insuficiencia mitral fuertemente rechazada hácia la aurícula por la contraccion sistólica (1).

La *estrechez aórtica* es otra lesion con la que se puede fácilmente confundir la estrechez del orificio mitral; efectivamente ambas tienen por señal un ruido de fuelle en el *primer tiempo*, y las dos presentan en grado variable los demás síntomas que se han descrito anteriormente; tambien es en estas afecciones el mejor dato para el diagnóstico el momento preciso en que se produce el ruido de fuelle. En efecto, en los casos de estrechez aórtica, se han notado los diversos ruidos anormales *durante* el primer ruido, mientras que, repito, las observaciones mas recientes han probado que estos ruidos anormales se efectúan *un poco antes* en la estrechez mitral. Se ha querido presentar como un signo distintivo de estas dos estrecheces el sitio que principalmente se oyen, y Briquet ha sido el que mas ha insistido sobre este punto. En su opinion y en la de otros muchos autores, el ruido de fuelle debido á la estrechez mitral es mucho mas intenso un poco debajo de la base del corazon, se prolonga hácia la punta de este órgano, y cesa de percibirse aplicando el oído mas arriba sobre el trayecto de la aorta; mientras que, por el contrario, en la estrechez del orificio aórtico, el ruido de fuelle, que nace debajo del esternon al nivel de la base del corazon, no se percibe debajo de este punto, y se prolonga algo en la direccion de la aorta. En fin, segun Corvisart, seria menor la irregularidad del pulso en los casos de estrechez mitral que en los casos de estrechez aórtica. Hope ha notado lo contrario en sus observaciones, y ya veremos mas adelante cuál de estas opiniones debe prevalecer.

Los mismos signos distintivos establecen el diagnóstico diferencial entre la estrechez mitral y la estrechez del orificio pulmonar.

En cuanto á los *ruidos de fuelle* debidos á las simples incrustaciones de la aorta, se percibe su mayor intensidad por encima del punto en que se produce el ruido de fuelle debido á la estrechez mitral.

Finalmente, en los casos de *clorosis* y de *anemia* se pueden oír diferentes ruidos anormales, sin que haya lesion orgánica del corazon; pero prescindiendo de que estos ruidos se propagan por gran estension del sistema arterial, que á veces son dobles, y que casi nunca presentan una aspereza tan manifiesta como los que dependen de las lesiones orgánicas, tenemos para guiarnos en el diagnóstico los síntomas generales que debe el médico tomar mucho en consideracion, porque con mucha frecuencia se ha creido la existencia de una afección

(1) Es fácil de ver, por la discusion llena de buena fé, pero minuciosa, á que se entrega Valleix, que la teoria de Beau embaraza al observador mas que le auxilia, conduciéndole á un dedalo de ruidos *presistólico* y *perisistólico*. No nos cansaremos de repetir que todas estas dificultades desaparecerian si se admitiese la explicacion del soplo en el primer tiempo por la insuficiencia que acompaña generalmente á las estrecheces.

cion muy grave del corazon, lo que solo era un simple estado clorótico ó anémico.

Para terminar este diagnóstico debemos decir dos palabras de una forma de la enfermedad, que pudiera llamarse *latente*. Henderson (1) refiere un caso en que una estrechez muy considerable del orificio mitral no ha ocasionado ningun ruido patológico. Hope ha explicado esta falta de todos los signos particulares por la gran dificultad que experimenta la sangre para pasar de la aurícula al ventriculo; pero esta explicacion no satisface; por una parte, se vé en la autopsia que la aurícula estaba hipertrofiada, y que, por consiguiente, hubiera debido aumentar su energía; y por otra, debe notarse que el primer ruido normal no estaba debilitado, lo cual debería suceder si la sangre no hubiese pasado al ventriculo empujada con poca fuerza. Resulta, pues, que en los casos de esta especie es preciso reconocer que hay algunas circunstancias particulares que se nos ocultan completamente, y que no nos es posible explicar de un modo satisfactorio la falta de este signo principal de una estrechez mitral. Por lo demás, tambien debemos decir que estos casos son sumamente raros.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos positivos de la estrechez del orificio mitral.

Ruido de fuelle, de escofina, de lima, etc., que empieza *un poco antes* del primer ruido, y cesa cuando se oye este ó se prolonga mientras dura este ruido normal (signo característico).

Ruido anormal que se prolonga *hacia la punta del corazon*, y que desaparece por encima de la base, á no ser que haya complicacion.

Intermitencia é irregularidad del pulso. (Este signo no es constante).

2.º Signos distintivos de la estrechez del orificio mitral y de la estrechez aórtica.

ESTRECHEZ DEL ORIFICIO MITRAL.	ESTRECHEZ AÓRTICA.
Ruido anormal, que empieza <i>un poco antes</i> del primer ruido normal.	Ruido anormal, que empieza <i>con ó mas bien un poco despues</i> de haber comenzado el primer ruido normal.
Se prolonga <i>hacia la punta del corazon</i> , cesando por encima de la base.	Se prolonga <i>un poco en la direccion de la aorta</i> .

No hablaremos aqui de la diferencia que se ha querido establecer entre la irregularidad mayor ó menor y mas ó menos frecuente del pulso en las dos enfermedades, pues ya hemos dicho antes que Hope y Corvisart opinan de un modo diametralmente opuesto; pero volve-

(1) Henderson, *The Edinb. med. and surg. Journ.*, abril de 1835.

remos á ocuparnos de este particular al hacer la historia de la estrechez aórtica.

3.º Signos distintivos de la estrechez mitral y de la insuficiencia aórtica.

ESTRECHEZ DEL ORIFICIO MITRAL.	INSUFICIENCIA AÓRTICA.
Ruido anormal <i>en el primer tiempo</i> .	Ruido anormal <i>en el segundo tiempo</i> .

Este signo distintivo es suficiente para establecer el diagnóstico de un modo sólido.

4.º Signos distintivos de la estrechez mitral y de las enfermedades sin lesion orgánica del corazon, que dán lugar á ruidos anormales (clorosis, anemia, etc.).

ESTRECHEZ DEL ORIFICIO MITRAL.	ENFERMEDADES SIN LESION ORGÁNICA.
Ruido de fuelle <i>simple</i> en los casos no complicados.	Ruido de fuelle <i>á veces doble</i> .
<i>Limitado á una corta estension</i> de la region precordial.	<i>Se estiende á gran parte</i> del sistema arterial.
<i>Faltan los síntomas generales</i> de la clorosis y de la anemia.	<i>Síntomas generales</i> de la clorosis y de la anemia.

No incluiremos en este cuadro el diagnóstico diferencial de la estrechez mitral y de la insuficiencia del mismo orificio, ni el de la estrechez é insuficiencia del orificio tricúspide, en atencion á que no encontrándose solas estas últimas lesiones, la observacion no ha ilustrado aun lo bastante este punto difícil.

Pronóstico. El pronóstico de esta lesion de la superficie interna del corazon, es, como todos saben, sumamente grave. En efecto, de las observaciones que han referido los autores, resulta que al fin han sucumbido los sugelos despues de haber sufrido largos padecimientos. Sin embargo, algunas veces, y de ello cita Hope algunos ejemplos, cuando la estrechez no habia llegado á un alto grado, un tratamiento bien dirigido ha podido, si no procurar á los enfermos una curacion radical, á lo menos ponerles en estado de volver á entregarse á sus ocupaciones, con las precauciones necesarias para que la afeccion no vuelva á adquirir su intensidad antigua. Pero pasado cierto tiempo, se reproducen de nuevo los síntomas, y todo indica que la enfermedad no ha cesado de hacer progresos; de modo que en último resultado lo único que se ha conseguido fué el retardar mas ó menos la terminacion fatal.

§. VII.—Tratamiento.

Si leemos detenidamente los autores, hallaremos que si la localizacion de las lesiones y el estudio de los síntomas que son propios á

cada una de ellas han llamado la atención de un modo especial, no ha sucedido otro tanto con el tratamiento que pudiera convenir á cada una en particular. Es difícil decir el resultado que habrían dado tales investigaciones; pero la identidad de naturaleza de lesiones diversas por su asiento y sus efectos, tales como la estrechez de los orificios, la insuficiencia de las válvulas y las vegetaciones de la membrana interna del corazón, deben inclinarnos á admitir que los mismos medios son aplicables á estas lesiones, y que no hay nada que pertenezca en propiedad á cada una de ellas. Por otra parte, reclamando su parte de tratamiento la hipertrofia casi constante de las paredes del corazón, y la existencia de una pericarditis reciente ó antigua, debe resultar de aquí que este tratamiento viene á ser casi el mismo para todas las afecciones orgánicas. Así, cuando se consultan los diversos artículos que dedican los autores á estas afecciones crónicas de las válvulas, á la hipertrofia y á las diversas degeneraciones del tejido del corazón, solo se hallan ligeras diferencias, cuyo valor es imposible apreciar. Así, pues, sería completamente inútil querer presentar un tratamiento especial de cada una de las lesiones de las diferentes válvulas, y en este supuesto voy á continuar la descripción de las enfermedades de los orificios, reservándome hacer en un artículo general la exposición de los diversos medios que contra ellas se han puesto en uso. Lo único que se puede hacer es separar estas lesiones bajo el aspecto terapéutico de las demás afecciones orgánicas, y en particular de la hipertrofia, porque vuelvo á repetirlo, ya veremos cuán parecidos son los tratamientos empleados en todos estos casos.

6.º ESTRECHEZ DEL ORIFICIO TRICÚSPIDE.

Si son raras la osificación y la induración de la válvula tricúspide, no lo es menos la estrechez del orificio que aquella está destinada á cerrar, y así es que entre todas las observaciones que hemos podido reunir solo hemos hallado un caso bien evidente que refiere Hope (1). Este caso no era simple, sino que la estrechez del orificio tricúspide coincidía con otra todavía más considerable del orificio mitral, de modo que es imposible distinguir, á lo menos por lo que respecta á los signos físicos, qué es lo que pertenece á una ú otra de estas dos lesiones.

Se percibía un ruido de escofina durante el primer tiempo; el pulso era irregular, había edema en la cara y en las piernas y pesadillas; pero ya sabemos que todos estos síntomas lo mismo pertenecen á la estrechez del orificio mitral que á la del orificio tricúspide. No sucede lo mismo con otros dos signos que se han observado en este caso, y que consistían en una disnea antigua con accesos de sufocación intensa y un pulso venoso bien manifiesto en las yugulares, porque si bien es cierto que

(1) Hope, *Loc. cit.*, p. 571.

estos últimos signos se hallan á veces en la estrechez del orificio mitral, no son muy frecuentes en esta enfermedad, y es notable que se hayan presentado en tal grado, en este caso en que debía haber una dificultad de la circulación venosa y tal vez insuficiencia de la circulación pulmonar. Nada más tenemos que añadir respecto á una lesión de tan poca importancia para nosotros.

7.º ESTRECHEZ DEL ORIFICIO AÓRTICO.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Después de la estrechez mitral y de la insuficiencia de las válvulas de la aorta, la estrechez del orificio de esta arteria es la lesión valvular que hemos hallado con más frecuencia en las observaciones. Trece sujetos la presentaban, ó como lesión única de la membrana interna del corazón, ó como concomitante con otras lesiones de este género.

§ II.—Causas.

Las causas de esta afección son las mismas que hemos asignado á la estrechez del orificio mitral, y en general á todas las afecciones de los orificios; así, pues, es inútil volver á repetirlas. La *edad* de los sujetos ha variado de diez á setenta y dos años y la mayor parte no habían llegado aun á cincuenta. En cuanto al *sexo*, no parece que haya tenido más influencia que en la estrechez mitral, puesto que de los trece casos, se hallan seis en mujeres y siete en hombres; pero estos datos insuficientes solo pueden considerarse como un principio de estadística.

§ III.—Síntomas.

1.º *Síntomas locales.* No en todos los casos han notado los autores la fuerza y la extensión de la *impulsión*; pero en general han sido grandes y solo dos veces se han observado débiles, sin que se pueda dar razón por el estado del órgano, puesto que había igualmente hipertrofia en los diferentes casos; solo, pues, se los puede explicar por la perturbación de la circulación en estas circunstancias.

En ningún caso se hace mención de una *combadura* de la región precordial, aun cuando algunos autores hayan admitido su existencia en sus artículos generales.

En tres sujetos se ha notado el *arrullo de gato* en que tanto ha insistido Laennec, pero que sin embargo no presentaba nada de particular.

En la región precordial se perciben ruidos anormales de diferentes especies, que varían desde el simple *ruido de fuelle* hasta el de *sierra*, *escofina* y el *silbido*. No siempre los autores han tenido cuidado de marcar exactamente el tiempo en que se producen, pero cuando lo

han hecho, dicen que el ruido se oía en el primer tiempo, y en todos los casos poco complicados en que se pueda referir positivamente este signo á la estrechez aórtica, existía únicamente en este tiempo y no empezaba *antes del primer ruido normal*, como el ruido de fuelle de la estrechez mitral.

Se ha dado como uno de los signos propios de la estrechez del orificio aórtico, la *prolongacion del ruido en cierta estension de la aorta*; pero en las observaciones que hemos reunido, solo hay un caso en que se haga mencion de esta prolongacion, y en el que existía al mismo tiempo una insuficiencia aórtica, que podia dar perfectamente razon del fenómeno. Por ahora, y hasta que se presenten nuevos hechos, es preciso admitir que el ruido de fuelle dependiente de la estrechez aórtica es muy limitado en su estension, y que apenas se percibe mas que en el punto en que se produce.

Segun Hope, el *pulso* es mucho menos intermitente y desigual en los casos de estrechez aórtica que en los de una estrechez mitral, y que Corvisart opinaba lo contrario. Solo hallamos un corto número de hechos que puedan resolver esta cuestion, en razon á que se presentan siempre complicaciones para dificultar toda explicacion; pero en los casos que tenemos á la vista resulta, conforme se ve en la opinion de Hope, que la estrechez del orificio mitral ha causado con mas frecuencia y en mas alto grado la intermitencia del pulso. La estrechez del orificio aórtico no le dá este carácter sino cuando es muy considerable, y entonces las pulsaciones de las arterias son débiles, desiguales y por lo comun interrumpidas. Cuando por el contrario la estrechez es ligera, el pulso es fuerte, dilatado y vibrante, lo cual depende del estado de hipertrofia activa incipiente en que se halla el ventriculo izquierdo.

Las condiciones físicas del paso de la sangre á través del orificio aórtico se perciben con claridad en el trazado del pulso (*fig. 4*). La oleada sanguínea franqueando difícilmente el estrecho paso ventriculo-aórtico, el diástole arterial se hace mas lentamente que de costumbre. Resulta que en el trazado la ascension es lenta, y por lo tanto la *línea*



Fig. 4.

de ascension en lugar de ser vertical es *curva y oblicua*, con frecuencia presenta el vértice un *aplastamiento* en vez de un ángulo agudo lo que caracteriza la pérdida de elasticidad de las arterias, dependiente de la alteracion senil de estos vasos que acompaña con frecuencia á las enfermedades del orificio aórtico.

Marey (1) afirma despues de gran número de observaciones que la

(1) Marey, *Loc. cit.*, p. 503.

regularidad del pulso es la regla en la estrechez aórtica y aun en la mayor parte de las enfermedades de este orificio.

Las *palpitaciones* son lo mismo que en la estrechez mitral, un signo constante de la enfermedad; jamás han faltado, y deben referirse igualmente á la hipertrofia de los ventriculos.

La *disnea* es algo menos frecuente en la estrechez aórtica que en la del orificio mitral, y solo llega á su mas alto grado en los casos en que la estrechez es muy considerable, y en que no pudiendo el ventriculo hipertrofiado, á pesar de su nueva energía, hacer pasar libremente la sangre al sistema arterial, hay estancacion de este líquido en las cavidades izquierdas, y perturbacion por consiguiente de la circulacion pulmonar.

Aun cuando los autores han hablado de algunos caracteres particulares que presenta la *coloracion de la cara*, casi nunca se hace mencion de ella en las observaciones, de modo que no es posible saber de un modo positivo si el estado de la cara presenta algo de particular en la lesion que nos ocupa. Tampoco se han notado los latidos arteriales en la cabeza, ni el esputo de sangre, ni las llamaradas de calor á la cara.

El *dolor local* falta en bastante número de casos, y cuando existe es poco vivo y permanece por lo comun limitado á la region precordial, donde constituye mas bien una sensacion de incomodidad que un verdadero dolor. Solo un enfermo padecía con frecuencia dolores de cabeza.

El *edema* parece que todavía tiene una relacion mas íntima con la estrechez aórtica que con la del orificio mitral, puesto que en todos los casos en que los autores han tratado de averiguar si existía, le observaron en un grado bastante avanzado. Ordinariamente empieza por las extremidades inferiores, y en un sugeto permaneció limitado á los párpados; pero cuando la enfermedad cuenta ya una duracion considerable, llega á ser general y se forma á veces una ascitis. En ninguno de los casos publicados se hace mencion de derrame seroso en otras cavidades, aun cuando no debe ser dudoso que haya podido haberle en esta enfermedad.

Solo se ha notado dos veces el *pulso venoso* en las observaciones que poseemos, y aun no ha podido saberse si le debe atribuir únicamente á la estrechez aórtica, en razon á que habia complicaciones que podian igualmente producirlo.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Esta lesion, lo mismo que todas las lesiones crónicas del corazon, presenta síntomas cuyo *curso* es irregular, sobre todo en los primeros tiempos de la enfermedad. En esta época se observa un estado gravísimo ocasionado por causas muy diversas, al que sucede un período

mas ó menos largo de calma, durante el cual desaparecen mas ó menos completamente los síntomas principales, inclusa la infiltración serosa; pero muy pronto vuelven á reproducirse y por lo comun con nueva intensidad.

Duración. En el corto número de casos en que la estrechez aórtica era la única lesión que existía en los orificios del corazón, y en que los progresos de la enfermedad de este órgano han llegado por sí solos á producir la muerte, ha ocurrido esta terminación fatal de tres meses á cinco años despues de la invasión. En un caso que cita Bouillaud ha durado la enfermedad diez años; pero como había al mismo tiempo una afección grave de la aorta, no se pudo saber si la lesión del corazón existía desde el principio, ó si ha sido consecutiva á la afección arterial.

La terminación fatal de la enfermedad ha sido con mas frecuencia ocasionada solo por los progresos de la lesión del corazón en la estrechez aórtica que en la estrechez mitral. En el caso ya citado de Bouillaud ha venido á precipitarle una apoplejía hepática, y en otro que refiere Charcellay una afección abdominal no caracterizada; finalmente, se ha observado un caso de esfacelo del miembro inferior, que es el mismo que hemos citado antes de ahora en el artículo de la ESTRECHEZ MITRAL, porque había complicación de estas dos lesiones. En resumen, la estrechez aórtica termina por la muerte, y si bien lo mismo que en la estrechez mitral se ha podido por medio del tratamiento prolongar los días del enfermo y proporcionarle un alivio de mas ó menos duración, jamás se ha obtenido la curación radical.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No debemos detenernos mucho en las lesiones anatómicas, en razón á que son casi las mismas que hemos hallado en la estrechez mitral; induración, degeneración cartilaginosa ó huesosa, y adherencia de las válvulas mas ó menos deformes; reducción del orificio á un agujero irregular que presenta diversas formas, y á veces estrechez llevada hasta el punto de no dejar pasar mas que un guisante pequeño (1). Las induraciones empiezan ordinariamente por los tubérculos de Arancio, é invaden en seguida el borde libre de las válvulas; otras veces por el contrario, empiezan á invadir por la base, y Corvisart hasta había formado una variedad de esta induración parcial.

Sería inútil insistir mas en estas lesiones que presentan numerosas diferencias, y bastará recordar que sus principales resultados son la inmovilidad y rigidez de las válvulas que ya no pueden desempeñar su papel de obturadoras, y la disminución notable de la abertura por donde debe pasar la sangre á las arterias.

(1) Bouillaud, *Traité cliniq. des malad. du cœur*, Paris, 1845, t. II, p. 210.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Las dificultades del diagnóstico de esta afección proceden lo mismo que en la estrechez mitral de la gran frecuencia de las complicaciones.

Los síntomas que propiamente pertenecen á esta lesión son: ruido de fuelle, de escofina, de lima, de sierra, etc., durante el primer tiempo, que son mas intensos en la base del corazón, que se prolongan á corta distancia en el trayecto de la aorta y nunca hácia la punta del órgano, y á veces intermitencia é irregularidad del pulso.

Si queremos ahora investigar con qué otras lesiones se pudieran confundir las que dan origen á estos signos, veremos: 1.º que se debe echar á un lado la insuficiencia aórtica, puesto que en ella el ruido anormal se efectúa en el segundo tiempo; 2.º que la estrechez mitral produce un ruido de fuelle que precede al primer tiempo, lo que recordaremos en el cuadro sinóptico; 3.º que la estrechez pulmonar presenta síntomas parecidos, y que son insuficientes las observaciones para decidir si hay entre estas dos afecciones algunos signos distintivos; 4.º que el estado clorótico y anémico ocasiona un ruido de fuelle á veces doble, que se estiende á gran parte del sistema arterial; y 5.º que en las enfermedades de la aorta, los ruidos anormales que existen ordinariamente lo mismo en el diástole que en el sístole del vaso, son mas intensos en un punto mas ó menos distante de la base del corazón, y tienen una extensión mas considerable.

En un número bastante considerable de casos coincide la estrechez aórtica con una insuficiencia del mismo orificio, en cuyas circunstancias el diagnóstico es un poco mas difícil pero no imposible, porque se hallan signos correspondientes á los dos estados: el ruido anormal en el primer tiempo es propio de la estrechez, y en el segundo tiempo con un timbre generalmente mas suave, es el propio de la insuficiencia.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos positivos de la estrechez del orificio aórtico.

Ruido anormal (de fuelle, de escofina, de lima, etc.) durante el primer tiempo.

Tiene mayor intensidad en la base del corazón.

No existe hácia la punta y se prolonga un poco por la aorta.

En muchos casos intermitencia é irregularidad del pulso.

2.º Signo distintivo de la estrechez y de la insuficiencia aórtica.

ESTRECHEZ AÓRTICA.

INSUFICIENCIA AÓRTICA.

Ruido de fuelle en el primer tiempo.

Ruido de fuelle en el segundo tiempo.

VALLEIX.—TOMO III.

5