

ARTÍCULO III.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO PROPIO DEL CORAZON.

Generalmente son mal conocidas las enfermedades del tejido propio del corazón, y si se exceptúa la hipertrofia, las demás solo han llamado la atención de los médicos de un modo secundario, lo cual no debe sorprendernos, porque fuera de esta escepcion, las demás afecciones son raras, presentan síntomas oscuros ó se hallan enteramente fuera del alcance de los recursos de la ciencia. Por este motivo trataremos rápidamente de muchas de ellas, y lo mismo haremos con algunas, que aunque admitidas por la mayor parte de los autores, solo las presentaremos en este capítulo como simples lesiones anatómicas dependientes de otra enfermedad. De este número son el reblandecimiento inflamatorio del corazón y los abscesos, que ó no tienen síntomas propios ó estos son sumamente vagos, y que en realidad no son otra cosa mas que resultados de la carditis.

1.º APOPLEGÍA DEL CORAZON.

Esta afeccion es sumamente rara, y apenas la conocemos mas que bajo el punto de vista de la anatomía patológica. Ya en algunos casos consignados en los diversos periódicos se habia hecho mencion de la infiltracion de sangre en el tejido del corazón, y Kreisig habló de ella en su obra. Cruveilhier (1) ha descrito un *reblandecimiento apoplejiforme*, que puede compararse á la apoplejía capilar del cerebro. Hemos hallado en las obras de Hope y Gendrin dos casos de apoplejía del corazón, y los autores del *Compendium* han citado uno que han observado en un enfermo que tenia viruelas. En un caso de *púrpura hemorrágica* que se presentó á la Sociedad anatómica, habia igualmente focos apopléticos en las paredes del corazón. Pero, vuelvo á repetirlo, todos estos diversos hechos solo se han estudiado bajo el punto de vista de la anatomía patológica.

Por lo comun la sangre está acumulada en focos pequeños, que constituyen derrames diseminados y separan las fibras musculares. Nunca se ha observado esta lesion en el estado de simplicidad y siempre se la ha hallado coincidiendo con reblandecimiento mas ó menos adelantado del corazón, que es lo que ha movido á Cruveilhier á darle el nombre de *reblandecimiento apoplejiforme*. No tenemos ningun signo particular que pueda referirse á esta lesion.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, ent. XXII, en fólio con láminas.

2.º CARDITIS.

La carditis es una de las enfermedades del corazón menos conocidas. Es raro, como lo hace notar Bouillaud, que se la halle en estado de simplicidad, porque dice este autor, que siempre la encontró con la pericarditis ó la endocarditis, y así es que le parece imposible, lo mismo que á Corvisart y á Laennec, poder formar su diagnóstico. Lo mismo sucede, añade Bouillaud, con los abscesos, las úlceras y las dilataciones parciales que suele producir.

Hemos tomado de diversos autores diez y ocho observaciones á propósito para ilustrar las diversas cuestiones que se refieren á la carditis, y vamos á analizarlas rápidamente. Separamos á un lado los reblandecimientos que se han observado en el curso de las enfermedades febriles, y principalmente de la calentura tifoidea, porque las investigaciones de Louis (1) han probado que no tenia absolutamente ninguna parte en ellos la inflamacion, y porque aunque así no fuese, solo se los deberia considerar como lesiones secundarias. David Craigie (2) ayudado de las observaciones que ha reunido, hace la historia de la inflamacion y de la supuracion del corazón. Se encuentra en el tratado de Stokes (3) y en el de Niemeyer (4) datos preciosos casi todos relativos solamente á la anatomía patológica de la miocarditis.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La carditis es la inflamacion del tejido propio del corazón, que unas veces se ha designado con el nombre de *carditis é inflamacion del tejido muscular del corazón*, y otras con los de *reblandecimiento, ulceraciones y abscesos*, lesiones que son los efectos de la enfermedad.

Esta afeccion es bastante rara, y así solo se halla en los autores un corto número de casos, y aun muchos de ellos dejan todavía dudas en el ánimo de los lectores.

§ II.—Causas.

Es muy difícil indicar las causas de la carditis, porque esta afeccion se desarrolla con frecuencia en el curso de otra enfermedad, bien sea del corazón, bien de los demás órganos. Las afecciones febriles, y en particular al *reumatismo articular*, son las mas frecuentemente indicadas. En una de las observaciones existia una flebitis. Lo mas frecuente, como hemos visto, es que la carditis coincida con la *endocar-*

(1) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, Paris, 1844, 2.ª edicion, t. I, p. 299.

(2) David Craigie, *Edinb. med. and surg. Journ.*, 1848.

(3) Stokes, *Traité des maladies du cœur*, trad. Senac., 1864, p. 110.

(4) Niemeyer, *Elements de pathologie interne et de therapeutique*, trad. Culmann y Sengel, 1865, t. I, p. 356.

ditis ó la *pericarditis* y parece solo ser una inflamacion por proximidad derivada de la enfermedad del pericardio ó del endocardio. Pero en algunos casos la lesion del músculo cardíaco es mucho mas estensa que la de las serosas que le recubre, y entonces parece que hay razon para considerar la carditis como desarrollada antes de la inflamacion de estas membranas (Niemeyer).

De los diez y ocho casos que hemos reunido trece se han observado en hombres y solo cinco en mujeres. En cuanto á la edad, esceptuando seis enfermos que tenian de doce á veinticinco años, todos los demás habian pasado ya de treinta, y la mayoría de cincuenta. El doctor Chanu (1) refiere un caso de *absceso del corazon* observado en un niño de trece años; pero la afeccion de este sugeto era tan compleja que no es posible decir qué síntomas de los que se presentaban pertenecian á la enfermedad del corazon.

§ III.—Síntomas.

Invasion. En la mayor parte de los casos invade la enfermedad de un modo sordo, ó á lo menos que no está indicado por los autores; pero en tres casos ha presentado la particularidad de que hallándose dos sugetos en un estado al parecer de salud bastante perfecta, se ha desarrollado la afeccion en circunstancias imprevistas y repentinas. En uno de ellos que cita Hope (2) habiendo estado un hombre próximo á ahogarse, fué acometido inmediatamente despues de este accidente de síntomas de afeccion del corazon que ya no le abandonaron, y que dejaron despues de la muerte un reblandecimiento muy considerable. Es verdad que puede quedar la duda de si este reblandecimiento era verdaderamente inflamatorio; pero en otros dos casos en que la enfermedad parece que ha invadido en medio de una emocion viva, no puede haber esta duda, puesto que se han hallado en el tejido del corazon focos purulentos.

Síntomas. El *dolor* solo se ha notado en cinco casos, en dos de los cuales podia referirse esclusivamente á la enfermedad del corazon, porque no habia en la cavidad del pecho ninguna otra lesion que pudiese ocasionarle. En todos estos casos residia en la region precordial y era vivo ó consistia en un simple malestar ó una constriccion difícil de soportar.

Stokes cita un caso de carditis desarrollada en un jóven de diez y ocho años, á consecuencia de un enfriamiento, y en el que el enfermo experimentaba en grado exagerado las congojas de una violenta inflamacion cardíaca y sufrimientos persistentes é indescriptibles.

El *sonido á macizo* no ha llamado la atencion de los autores, y solo

(1) Chanu, *The Lancet*, mayo, 1846.

(2) Hope, *Loc. cit.*, p. 431.

en dos casos en que se hace mencion de él era estenso. Siempre que se ha observado la *impulsion*, se le ha hallado débil, á veces imperceptible, y al mismo tiempo los *latidos del corazon* eran tumultuosos, débiles y hasta no distintos.

En el corto número de casos en que se han notado los *ruidos* no han presentado nada de particular: sin embargo, Hope ha insistido acerca de la *brevedad del primer ruido* que se convierte en un simple chasquido lo mismo que en el segundo, signo que presenta este autor como perteneciente al reblandecimiento del corazon. En un caso eran tan débiles estos ruidos, que apenas se podian distinguir. No se hace mencion de ningun ruido anormal.

La *debilidad de la circulacion* es á veces tan grande que dá origen á *lipotimias*, y en un sugeto ha empezado la enfermedad por un síncope, cuya sintoma solo se ha observado dos veces. Siempre que se ha examinado el *pulso*, lo cual se ha hecho en el mayor número de casos, ha sido notable por su debilidad, por su irregularidad y por sus intermitencias, y solo en un enfermo que cita Corvisart, era regular, aunque pequeño y débil. En cuanto á la frecuencia, no ha sido considerable en el corto número de casos en que de ella se hace mencion, pues no pasó de ochenta pulsaciones. Hope ha observado además, y de un modo notable, que en esta enfermedad *no coincide el pulso con los latidos del corazon*.

Siempre que la *respiracion* ha llamado la atencion de los autores, se ha notado una *disnea* mas ó menos considerable, que ha llegado á veces hasta la sufocacion y la ortofnea. El doctor Bevill Peacock ha observado un caso sumamente raro de *absceso de las aurículas* en un enfermo de treinta y cinco años de edad, que estándose curando de una tumefaccion de la rodilla fué acometido de *accesos espantosos de disnea* que se repetian con frecuencia, y en la autopsia se halló una *pericarditis* y un *absceso de las paredes auriculares*, que se abria por una parte en el ventriculo izquierdo y por otra en los senos aórticos, despues de haber despegado dos válvulas. Se ha llegado á creer que el reblandecimiento del corazon contribuye mucho á la produccion de esta disnea, porque ha existido en casos en que no habia ninguna otra afeccion de este órgano, y porque siempre ha aumentado este sintoma cuando la carditis ha venido á agregarse á las lesiones ya existentes.

Algunas veces se ha observado el *edema de las piernas* y hasta una infiltracion general, mas en estos casos habia una hipertrofia mas ó menos considerable y alteraciones de los orificios del corazon, y asi no es posible atribuir este sintoma á la carditis misma. Lo mismo digo del *color de la cara* y de la inyeccion venosa que á veces se ha notado, pero quizá no del *estado de ansiedad* y de la *contraccion de las facciones* que se han observado en algunos sugetos y que se presentaban en su mas alto grado. Efectivamente, estos son los casos en que la inflamacion ha dejado vestigios mas profundos, y en algunos de los cuales se

han notado tambien el *enfriamiento* de la piel, el sudor y la debilidad general.

Vemos pues por esta descripcion que los signos de la carditis son todavia muy vagos, y que si se exceptúan *los que presenta el pulso*, no parece que haya ninguno que sea en cierto modo propio de esta afeccion.

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

El *curso* de la carditis es ordinariamente muy rápido, y en las observaciones que se han recogido con algun cuidado se ha observado que los síntomas se agravaron muy pronto y llegaron en poco tiempo á su mas alto grado.

En cuanto á la *duracion* de esta enfermedad es difícil de apreciar en atencion á que los autores no han marcado exactamente la época en que principiò. En dos casos no ha pasado de ocho dias, y en general es muy corta. No se ha citado ningun hecho auténtico de *carditis crónica*. Los que se han dado con ejemplos de induracion del corazon, son en su mayor parte debidos á osificaciones cuyo mayor número como se puede ver por los hechos referidos por Albertini, Corvisart, Laennec y Burns, son los resultados de los progresos de la edad, y algunos otros de los que Bertin y Bouillaud han citado ejemplos, parecen ligados á una inflamacion, pero únicamente como consecuencia ó terminacion de esta misma inflamacion. Nada podemos decir respecto á la *carditis crónica*.

La *terminacion* de la enfermedad nos presenta algunos puntos importantes que debemos considerar, porque en efecto, esta terminacion ha hecho admitir muchas especies particulares de afecciones que parece que solo deben describirse como simples lesiones anatómicas. Tales son los *absesos* de la sustancia muscular del corazon, que forman evidentemente parte de la *carditis*, de la cual son un resultado; las *úlceras* de este órgano, el *reblandecimiento* de su sustancia, que no depende de una causa general, como sucede en las enfermedades febriles, y finalmente, la mayor parte de las *roturas* del corazon, cuya causa es este reblandecimiento inflamatorio y que producen por lo comun repentinamente la muerte.

Estas lesiones dán por resultado con bastante frecuencia ó un *aneurisma parcial del corazon*, ó la *rotura* de una de sus cavidades, y en este último caso, la muerte repentina, de lo que Gueneau de Mussy, entre otros, ha citado dos ejemplos notables (1). Por consiguiente, la *carditis* tiene dos especies de terminacion muy diferentes: en la una van los síntomas aumentando sin cesar, se presenta una gran depression de las fuerzas, con disnea, debilidad y de los latidos del corazon y del pulso, frio en las estremidades, etc., y en seguida sucumbe el en-

(1) Gueneau de Mussy, *Arch. gén. de méd.*, 1.^a série, t. XXII, p. 253, y t. XXVI, p. 257.

fermo con signos de asfixia, y algunas veces en medio de accesiones violentas de sufocacion; y en la otra, acometidos de pronto los individuos de una viva ansiedad y dando á veces gritos violentos, como en un caso que ha citado Hipólito Cloquet (1), los enfermos sucumben repentinamente. Estos últimos casos son los de rotura por reblandecimiento inflamatorio. Finalmente, lo que mas arriba hemos dicho relativamente á la induracion del corazon, como consecuencia de una inflamacion de su tejido propio, debe hacernos admitir que en algunos casos, por desgracia mal determinados, se puede disipar esta inflamacion, pero dejando por lo comun en pos de sí lesiones cuya gravedad es imposible desconocer.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas de la *carditis* no pueden apenas estudiarse sino en los casos en que la lesion es poco estensa, porque como hace observar Stokes, cuando esta afecta una estension considerable del corazon, sobreviene la muerte antes que hayan tenido tiempo de producirse las lesiones. Estas se han observado sobre todo en el corazon izquierdo y en el tabique inter-ventricular desarrollándose en el órden siguiente: 1.^o inyeccion del tejido celular, infiltracion serosa ó sanguinolenta y serosa, se presenta sucesivamente; disminucion de la consistencia de las fibras musculares; 2.^o transformacion del derrame en tejido lardáceo, aspecto homogéneo de los diferentes tejidos del corazon, conservando sin embargo su forma y estructura las fibras musculares; 3.^o supuracion intersticial análoga á la que se encuentra en los grados mas avanzados de la neumonia; 4.^o absesos ocupando el tejido muscular del corazon.

Las divisiones demasiado numerosas que se han hecho de las alteraciones agudas del corazon, se han fundado principalmente sobre las lesiones anatómicas. Lo que diremos en este artículo bastará para la descripcion de alguna de estas especies que interesan muy poco al práctico, tales como el reblandecimiento, la induracion, los absesos, la infiltracion purulenta, las úlceras y la gangrena: en cuanto á las roturas, como en muchos casos dependen de otras causas, volveremos á ocuparnos de ellas mas adelante.

Reblandecimiento. Cuando un individuo ha muerto de una *carditis* aguda se halla el tejido del corazon reblandecido en parte mayor ó menor de su estension, y en algunos puntos reducido á papilla y tan friable que se rasga al menor esfuerzo. El reblandecimiento se halla ordinariamente en la porcion interna del grueso de sus paredes, y entonces el endocardio participa en mas ó menos grado de la alteracion del tejido muscular. Ya hemos dicho antes de ahora que en las partes reblandecidas se halla á veces una apoplejía constituida por focos pe-

(1) Hippolite Cloquet, *Bull. de la Faculté de méd. de Paris*.

queños y aislados, semejante á la apoplejía capilar del cerebro, y en otros casos hay tan solo un color rojo mas ó menos moreno, que se diferencia de un modo bastante notable del color del tejido en su estado normal; á este se ha llamado *reblandecimiento rojo*. Otras veces el corazon se presenta blanquecino é infiltrado de una sustancia grasienta: mas como en estos casos se hallan por lo comun focos purulentos, es probable que este aspecto grasiento del corazon dependa muchas veces de una infiltracion purulenta del tejido apretado que le constituye; á este se le llama *reblandecimiento blanco*, que sin embargo se diferencia del otro reblandecimiento que se encuentra despues de las afecciones febriles, y que no tienen carácter inflamatorio.

Undran (1) ha visto el corazon reblandecido y sus fibras profundamente rasgadas en un hombre de sesenta años que habia muerto de repente gozando de completa salud, y en el que no habia derrame de sangre en el pericardio.

Induracion. Esta lesion es mas bien un resultado que un carácter de la carditis. Hé aqui cómo Niemeyer (2) esplica esta produccion. Al mismo tiempo que la fibrina muscular, reblandecida y disgregada se absorbe, el tejido inter-muscular vegeta y llena los intersticios que quedaron libres resultando una induracion callosa de color blanco. A veces este tejido se deja distender por la presion escéntrica de la sangre y puede formarse á su nivel un aneurisma del corazon.

Abcesos del corazon. En el mayor número de casos, los *abcesos* hallados entre las fibras musculares eran múltiples, poco voluminosos, que unas veces ocupaban la profundidad misma de las paredes y otras residian en un punto próximo, bien de la superficie interna, bien de la esterna. El pus que contenian era por lo comun blanco y bien trabado, pero sin embargo, en algunos casos se le ha hallado por el contrario sanioso y como pútrido. Estos abcesos se forman ordinariamente en las paredes del ventrículo izquierdo, y solo una vez se ha hallado como causa una flebitis en los varios sugetos cuyas observaciones hemos podido consultar. Ya hemos visto por los casos que cita Bevil Peacock, que las aurículas no están exentas de esta alteracion. Esta lesion no ofrece ningun signo particular, ni aun el dolor.

Graves (3) cita un caso muy notable en un individuo que presentaba al mismo tiempo una hipertrofia considerable, diversas alteraciones valvulares y adherencias del pericardio al corazon. En este caso se encontró en la pared ventricular izquierda cerca de su vértice un abceso que contenia en su cavidad dos onzas de liquido. Este enfermo además de las palpitations y del anasarca habia experimentado durante algun tiempo dolor cardíaco que le causaba á veces terribles tormentos.

Ulceraciones. Las ulceraciones del corazon observadas en la afección

(1) Undran, *North. Journ. of med.*, abril de 1843.

(2) Niemeyer, *Loc. cit.*, t. I, p. 357 y 358.

(3) Graves, *Clinique medicale*, trad. Jaccoud, t. II, p. 230.

cción que nos ocupa se diferencian de las que hemos descrito en el artículo *Endocarditis aguda*, en que son el resultado de la rotura de un foco purulento, bien sea en las cavidades del corazon, bien en el pericardio, segun que este foco se halle próximo á la superficie interna ó á la esterna. Es fácil formarse una idea de lo que deben ser estas ulceraciones ordinariamente profundas, en las cuales se halla el tejido muscular rasgado y reducido á papilla, de donde resulta una cavidad por lo comun irregular. Al rededor de estas úlceras, lo mismo que de los abcesos, el tejido muscular del corazon se halla reblandecido en mayor ó menor estension.

Rotura. Como ya dejamos dicho, la carditis puede terminar por *rotura* y entonces se halla una perforacion, bien sea de una aurícula, bien de un ventrículo, ó bien en fin del tabique inter-ventricular. Es notable que en todos los casos que hemos reunido y en los cuales se puede atribuir la rotura á una inflamacion del tejido del corazon, siempre se ha verificado aquella en las paredes de las cavidades izquierdas. Esta rotura de forma muy irregular, se presenta como una dislaceracion de bordes rasgados cuando el empuje de la sangre ha producido por sí solo la abertura de la pared reblandecida. Cuando es resultado de una ulceracion como en el caso que cita Gueneau de Mussy puede presentar un aspecto infundibiliforme, ó bien tener la figura de dos conos invertidos que se unan por su punta, cuando ha habido dos ulceraciones que han marchado la una hácia la otra en sentido inverso.

Gangrena. Finalmente, se han citado ejemplos muy raros de *gangrena* del tejido propio del corazon, por nuestra parte solo conocemos uno que ha referido Kennedy (1), y en el que se ha desarrollado la enfermedad en un caso de afección antigua del útero, cuyo tejido presentaba tambien los caracteres de la gangrena.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la carditis está lleno de oscuridad; así pues apenas hay mas que el conjunto de los síntomas, y solo tomando en cuenta todas las circunstancias en medio de las cuales se desarrolla, es posible llegar á concebir sospechas de la existencia de la inflamacion del tejido propio del corazon.

Si se observa en un sugeto, principalmente durante el curso de una afección febril, un dolor vivo, con ansiedad en la region cardíaca; si al mismo tiempo se perturba la circulacion y el pulso se presenta débil é intermitente; si hay una disnea considerable y si no se observan ruidos anormales que correspondan con los latidos del corazon, se puede suponer que existe una carditis, sin que por esto se llegue todavia á tener certidumbre de su existencia. Segun Hope, sería ne-

(1) Kennedy. *The London Repository*, n.º 124.

cesario que se agregase á estos síntomas una falta de armonía mas ó menos manifiesta entre los latidos del corazón y las pulsaciones arteriales.

¿Será posible diagnosticar ahora la especie de lesión que existe en el tejido del corazón? Lo que hemos dicho anteriormente al describir los síntomas, nos obliga á confesar que no. Solo cuando el pulso aparezca intermitente y pequeño en alto grado, se puede creer que hay un reblandecimiento mas ó menos considerable con infiltración purulenta ó sin ella. Se ve pues que estos signos apenas se diferencian de los que hemos enumerado en el artículo ENDOCARDITIS, de modo que como lo ha hecho notar Bouillaud, no es posible distinguir de un modo positivo estas dos afecciones en el estado actual de la ciencia.

Es mas fácil llegar por el método de esclusión á distinguir la carditis de algunas otras afecciones del corazón. Así pues, no se la confundirá con la *pericarditis*, en razón á que no presenta un sonido á macizo estenso, la combadura y los latidos del corazón distantes del oído, que se observan en la inflamación del pericardio que ha ocasionado un derrame notable, y porque no presenta los ruidos anormales que se perciben en la pericarditis seca.

Este último signo hará que se la distinga de todas las demás afecciones del corazón con alteración de los orificios. En una palabra, si se atiende á que faltan en la carditis los signos característicos de las demás afecciones, solo podrá haber confusión entre ella y la endocarditis.

Pronóstico. Para convencerse que es muy grave el pronóstico de la carditis, basta recordar que en los casos bien comprobados en que la hemos hallado terminó por la muerte, y que en un número bastante considerable produjo la rotura del corazón, y por consiguiente la muerte repentina. Sin embargo, se han citado, como ya hemos dicho antes de ahora, algunos casos de induración, en los cuales parece que ha existido primitivamente una flegmasia del corazón, que terminó por consiguiente de un modo crónico; pero estos hechos no son perfectamente concluyentes, y además no disminuyen muy notablemente la gravedad de la afección, puesto que esta induración es ordinariamente por sí misma una lesión grave.

¿Hay algunos casos de curación completa y radical? Solo es posible formar conjeturas respecto á este particular, porque el diagnóstico de esta enfermedad no ofrece ninguna certidumbre.

§ VII.—Tratamiento.

Los autores que mas han insistido acerca de este punto, como Kreysig, no distinguían la inflamación del tejido propio del corazón de la endocarditis ni de la pericarditis, y así es que bajo el nombre de flegmasia de este órgano describían todo cuanto tenía relación con las inflamaciones de su tejido propio y de las partes adyacentes. ¿Cómo

era posible que hablasen de su tratamiento con alguna exactitud?

Emisiones sanguíneas. Desde muy antiguo los médicos consideraron á las *sangrías* muy abundantes como muy eficaces en el tratamiento de las afecciones del corazón. Kreysig cita á Treccourt, que cuando creía que había una inflamación del corazón practicaba en el primer día una sangría cada dos horas, y que en un caso sacó á una mujer dos kilogramos y medio (mas de cinco libras) de sangre en setenta y dos horas. Kreysig aprueba esta conducta y quiere que se deje salir la sangre, sobre todo en la primera evacuación, hasta producir la lipotimia. Nada podemos decir respecto á esta medicación enérgica, en confirmación de lo cual no se han citado hechos auténticos, y porque hasta en los casos particulares que cita Kreysig no se hallan suficientes síntomas para diagnosticar la existencia de una carditis, no ya de un modo positivo, sino ni aun con alguna probabilidad. Se han recomendado igualmente las *sanguijuelas* y las *ventosas escarificadas*, y si hemos de creer á Kreysig, no se las debe aplicar hasta después de la sangría y cuando ya empiece á calmar la calentura.

Digital, opiados. La mayor parte de los autores han propuesto la *digital*, pero de la lectura de sus observaciones se deduce que la han usado en los casos de palpitations crónicas. Algunos temen que la digital produzca malos efectos si hay reblandecimiento, quitando su energía á las paredes del corazón y someténdolas á una distensión contra la cual no pueden reaccionar. Lo mismo se puede decir de los *opiados* que Kreysig prescribía en los casos de palpitations tumultuosas, pero con moderación por temor de ocasionar una parálisis del órgano.

Calomelanos. Este mismo autor ha sido el que mas particularmente recomendó los *calomelanos* que no administraba hasta el momento en que los síntomas habían perdido algo de su intensidad. Hé aquí su fórmula compuesta:

T. Calomelanos.	80 centigram.
Quermes mineral.	20 centigram.
Nitrato de potasa.) aa 4 gram.
Magnesia de Edimburgo.	
Azúcar.	

Mézclese, y dividase en ocho papeles iguales, de que se toma uno cada dos horas.

Finalmente, se han prescrito los *antiespasmódicos*, los *diuréticos*, y hasta algunas veces los *tónicos*, cuando la debilidad del pulso y los latidos del corazón anunciaban que este órgano había perdido casi toda su fuerza.

Revulsivos. Mientras que se administran estos remedios al interior, se emplean exteriormente los revulsivos; como los *vejigatorios*, los *sedales*, los *cauterios* y las *fricciones irritantes*; pero Kreysig recomienda abstenerse de todos estos medios interin el movimiento febril es intenso, á cuya opinión es necesario adherirse.

La medicacion antiflogistica ha sido la única en que se ha tenido un poco de confianza.

PRECAUCIONES GENERALES QUE SE DEBEN TOMAR EN EL TRATAMIENTO DE LA CARDITIS.

Silencio absoluto. Prohibir todo movimiento brusco y violento. Mantener el vientre libre. Evitar el enfriamiento y toda causa de emociones vivas.

5.º ROTURAS DEL CORAZON.

Solo tenemos que añadir unas cuantas palabras á lo que ya dejamos dicho acerca de las roturas del corazon. Esta afeccion las mas veces constituye un accidente imprevisto. Este accidente es mucho menos raro de lo que á primera vista se pudiera creer, puesto que haciendo investigaciones en un corto número de autores, hemos llegado á reunir diez y nueve casos bien evidentes.

Estas roturas reconocen á veces por causa una violencia exterior, de lo cual Berard (1) y Ferrus (2) han referido ejemplos notables. Otras veces se efectúa la rotura del corazon despues de algunos dias de una enfermedad, por lo comun mal caracterizada.

Puede tambien reconocer por causa la degeneracion grasosa, el aneurisma parcial, los abcesos en las paredes cardíacas, los derrames apopléticos del tejido del corazon.

El doctor Taylor (3) ha referido un caso de rotura del ventriculo derecho que produjo la muerte repentina en una mujer que al parecer gozaba de completa salud á pesar de tener un bocio voluminoso.

Es raro que perciban los sugetos un dolor vivo en la region precordial antes del momento en que aparecen los signos de la perforacion; sin embargo, el doctor Roché (4) ha notado en dos casos, como un sintoma muy importante de la rotura del corazon, una sensacion de dolor urente y de quemadura inesplicable en la region precordial. Mas por lo comun, despues de un malestar que dura por mas ó menos tiempo, de una pequeña dificultad de respirar y á veces de síncope, cae de pronto el enfermo como herido de un golpe violento y muere repentinamente. Este curso de la enfermedad solo se observa en los casos en que hay una rotura que hace comunicar las cavidades del corazon con el pericardio; pues cuando la perforacion se efectúa en el tabique interventricular, hay sintomas menos alarmantes de los cuales ya hemos dicho algo antes de ahora. En algunos sugetos parece que la rotura del corazon se verifica en varias veces, ó bien que siendo al

(1) Berard, Arch. gen. de med., t. X, p. 370.

(2) Ferrus, Arch. gen. de med., t. VIII, p. 463.

(3) Taylor, The Lancet, noviembre de 1843.

(4) Roche, Journ. de conn. med.-chir., junio de 1843.

principio poco estensa para dejar salir una cantidad bastante grande de sangre, llega al fin á hacerse mas considerable y ocasiona una muerte pronta. Fischer (1) cita un caso que ofrece un ejemplo muy notable de esta particularidad y en el cual no ha sucumbido el enfermo hasta despues de muchas accesiones que se han presentado en el espacio de cuarenta y ocho horas, habiéndose hallado en la autopsia una rotura que se estendia verticalmente desde la punta á la base del ventriculo izquierdo.

Las lesiones á que dá origen la rotura del corazon no deben detenernos mucho tiempo. En el artículo CARDITIS hemos indicado ya las que dependen de la inflamacion parcial del corazon, y nos contentaremos con añadir aquí que en los casos de violencia exterior presenta ordinariamente este órgano una solucion de continuidad irregular, como rasgada, y sin reblandecimiento muy considerable de sus bordes. Tambien debemos decir que la perforacion puede ser á veces múltiple, como sucedió en un caso muy interesante que cita Morgagni (2). Algunas veces la rotura del corazon es producida por una violencia exterior sin que haya una contusion muy considerable en las paredes del pecho; asi el doctor Sallusse (3) cita un caso en que se habia roto el corazon á consecuencia de una patada de un caballo en el pecho, sin que hubiere mas lesion exterior que una contusion muy ligera.

Dubreuil (4) ha descrito un corazon roto, cuya rotura ocupaba toda su longitud desde la base de los ventriculos hasta el vértice del órgano: la muerte fué repentina. La consistencia mas bien estaba aumentada que disminuida. El autor no se decide acerca de la causa de la rotura, pero atendidos los detalles de la observacion se puede creer que ha habido violencia exterior.

No nos detendremos mas en esta lesion grave, que, volvemos á repetir, es de muy poco interés bajo el punto de vista patológico y terapéutico, de la cual era necesario decir alguna cosa, porque presenta algunas particularidades que no dejan de tener alguna importancia en la medicina legal.

4.º ANEURISMAS PARCIALES DEL CORAZON.

La dilatacion parcial del corazon ó aneurisma verdadero pasa por ser una afeccion muy rara: sin embargo, el doctor John Thurnam (5) ha reunido ochenta y cuatro casos, de los que ha dado una análisis muy interesante, y en estos últimos años han citado los autores ingleses un número considerable de hechos nuevos.

(1) Fischer, Journ. de Hufeland.

(2) Morgagni, De caus. et sed. morb., epist. LXIV, 2.

(3) Sallusse, Il filiatre sebezio, octubre de 1834.

(4) Dubreuil, Journ. de la Soc. de med. prat. de Montpellier.—Des anomalies arterielles; Paris, 1847, p. 43 y siguientes.

(5) Thurnam, Medico-chirurg. Transact. of London, t. XXI, p. 487, 1838.