

signos son los que pertenecen al orificio cuya estrechez es mas pronunciada.

4.<sup>a</sup> »El aneurisma del lado derecho del corazon, mas frecuente de lo que se cree, resulta siempre de la ingurgitacion pulmonar crónica, y en este caso los accidentes pulmonares han precedido á los circulatorios.

5.<sup>a</sup> »La hipertrofia concéntrica es peculiar del ventriculo izquierdo y resulta casi constantemente de un obstáculo que reside en la parte posterior de este ventriculo, á saber, de la estrechez mitral ó de la ingurgitacion pulmonar.

6.<sup>a</sup> »Los signos generales que se derivan casi todos del obstáculo circulatorio, y deben en contra de la opinion general ser los mismos en todos los géneros de aneurismas; y asi la anasarca, la disnea, el reflujo venoso y la cianosis, son iguales, tanto que haya estrechez aórtica ó mitral como dilatacion activa ó pasiva, etc.»

Por de pronto ya hemos dicho que la dilatacion se efectúa á veces, no por detrás, sino por delante de la estrechez, y en cuanto á la dilatacion del ventriculo derecho á consecuencia del obstáculo que sufre el curso de la sangre en el pulmon; basta ver lo que sucede en los tísicos para quedar seguro de que se necesita algo mas que este obstáculo.

Fuera de todo estado patológico, y solo bajo la influencia de la *gestacion*, el corazon se hipertrofia á la par del útero. Esta *hipertrofia fisiológica* que J. F. Larher ha indicado el primero (1) se verifica en el ventriculo izquierdo y consiste en un aumento de un cuarto por lo menos, de un tercio á lo mas. Se produce y desaparece como la hipertrofia uterina y aun persiste algun tiempo despues del parto. Este caso notable confirmado ya por Ducrest (2) y puesto fuera de duda por las investigaciones de Beraud, de Zambaco y de Blot y por el informe favorable presentado por Andral á la Academia de ciencias (3).

### § III.—Sintomas.

Se ha dividido la hipertrofia en muchas especies ó formas, de las que se ha tratado de hacer descripciones separadas. Asi se ha descrito la *hipertrofia con dilatacion*, la *hipertrofia concéntrica* y la *hipertrofia limitada á una ó muchas cavidades*; pero si bien es cierto que estas formas presentan algunas particularidades notables, no se deduce de esto, á lo menos en nuestra opinion, que merezcan una descripcion

(1) J. F. Larher, *De l' hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et de son importance pathogénique.* (*Archives generales de medecine*, 1828, t. I). Memoria premiada por la Academia de ciencias.

(2) Ducrest, citado en una Memoria de Beau de *Archives generales de medecine*, 4.<sup>a</sup> série, t. X, p. 28.

(3) Andral, *Rapport sur le concours des prix de medecine.* (*Comptes rendus de l' Acad. des sciences*, 29 de Diciembre de 1862).

enteramente especial. Hay síntomas comunes que pertenecen á la hipertrofia, y que espondremos primeramente, y en seguida diremos tan solo lo que presentan de mas notable esas diversas formas, que creemos deber considerar como simples variedades.

*Invasion.* Es muy raro que la hipertrofia del corazon se desarrolle rápidamente, pues en general invade de un modo sordo é inapreciable, ó bien produce primero palpitaciones intermitentes, que mas tarde se hacen continuas, al mismo tiempo que se manifiestan los demás síntomas de la enfermedad. Resulta pues que la invasion no ofrece por lo comun nada de particular. Se han citado casos en que ya porque la afeccion existiese sin haber sido descubierta, ó ya porque haya aparecido de repente, han principiado las palpitaciones despues de una emocion muy viva, de un acceso violento de cólera, de un gran susto, una caída de un sitio muy alto, etc.

Otras veces, por el contrario, padecen los enfermos durante mucho tiempo palpitaciones sin experimentar otra incomodidad, pueden dedicarse á un ejercicio violento, nadar y zambullirse en el agua sin la menor novedad, y sin embargo, á cierta época, aparecen todos los síntomas de la hipertrofia con dilatacion y siguen su curso ordinario.

*Sintomas.* Debemos distinguirlos en locales y generales, de los cuales los primeros son los que por lo comun importunan mas á los enfermos: sin embargo, esta regla tiene algunas escepciones, como veremos en la descripcion siguiente:

1.<sup>o</sup> *Sintomas locales.* Se ha citado la existencia de una *prominencia ó combadura* en la region precordial como uno de los signos de la hipertrofia del corazon; pero las investigaciones de Woillez (1) han demostrado que se han creído como combaduras de la hipertrofia á algunas de esas prominencias que datan de la época del nacimiento, y á las cuales ha dado el nombre de *heteromorfias fisiológicas*.

Si la hipertrofia ha llegado á cierto grado, hay un *sonido á macizo*, que sin ser sumamente excesivo es siempre notable, y si hay dilatacion puede alcanzar hasta 10 y 12 centímetros de diámetro y á veces mas. Al mismo tiempo, y durante la percusion, se siente bajo el dedo una resistencia inusitada y muy considerable cuando es grande el engrosamiento de las paredes del corazon.

El *impulso* que dá el corazon es ordinariamente muy fuerte y eleva mucho y en una estension considerable las paredes del pecho. Por lo comun se observa tambien un hecho que conviene mucho notar, y es el latido de la punta del corazon hácia fuera y algunas veces á bastante distancia de la línea vertical, por debajo de la tetilla, cuyo signo anuncia de un modo evidente un cambio en la forma y en la posicion del órgano, cambio dependiente de la hipertrofia, de la cual se observan los demás síntomas al mismo tiempo.

No se halla por lo comun ningun *ruido anormal* en la region pre-

(1) Woillez, *De l' inspect. et de la mens. de la poit.*

cordial: sin embargo, algunas veces se ha notado un ligero *ruido de fuelle* en el primer tiempo, el cual solo puede explicarse por la gran violencia con que es lanzada la sangre en la aorta, de modo que como la rapidez del líquido compensa la excesiva dimensión del orificio que atraviesa, se produce la vibración como si el orificio estuviese estrechado. No obstante, este ruido de fuelle es siempre muy ligero y de ningún modo se le puede comparar con el que se verifica sobre los bordes rugosos de las válvulas adheridas. Se ha citado también un *ruido musical*, que en efecto se percibe en algunos casos de hipertrofia, y tan fuerte á veces, que se puede oír á algunos pasos de distancia. Este ruido se halla principalmente en los casos de hipertrofia con dilatación.

Se percibe también á veces por la auscultación un ruido intenso que se produce durante el sistole del corazón. Este ruido, al que se ha designado con el nombre de *choque metálico* (Laennec) de *retintín metálico* (Bouillaud) parece producido por el choque violento de la punta del corazón contra la pared torácica. Se puede imitar poniendo la palma de la mano sobre el oído y percutiendo ligeramente sobre la cara dorsal con un dedo de la otra mano.

Pero si en la hipertrofia del corazón no hay ruidos anormales bien manifiestos, los *ruidos normales* sufren modificaciones que son de grande importancia. Así pues, todos los autores han notado que estos ruidos y principalmente el primero, son sordos, oscuros, apagados y por lo común prolongados, según la observación de Hope. Este es un signo que pertenece á todas las hipertrofias, pero que en las diversas especies varía por su intensidad y por el tiempo en que se produce.

En general estos síntomas no están acompañados de un *dolor* notable, sino que los sujetos se quejan más bien de una incomodidad ó una sensación de peso hácia la región precordial, y de una especie de incomodidad que depende principalmente de las palpitaciones. Hay casos excepcionales, como ya hemos dicho antes de ahora, en que los enfermos no experimentan ninguna sensación, y Louis ha visto entre otros, un hombre que padecía hacia mucho tiempo las palpitaciones más violentas y presentaba signos de hipertrofia del corazón muy evidentes para cuantos la examinaban, sin que él creyese que sufría la menor afección. Por el contrario, algunos sujetos sienten un dolor bastante fuerte, pero cuyo asiento hemos observado en muchos casos en las paredes del pecho, de tal modo que apenas se podía tocar la piel de la región precordial sin exasperarle.

2.º *Síntomas generales.* Hay ciertas variaciones en la *circulación* que creemos necesario indicar. El pulso se presenta por lo común fuerte, lleno, dilatado y al mismo tiempo regular; sin embargo, esta regla tiene muchas excepciones; en la hipertrofia concéntrica por ejemplo el pulso es pequeño y contraído, y se sabe que en los casos de hipertrofia complicada con otras lesiones del corazón, el pulso presenta al-

teraciones notables; pero aquí solo nos ocuparemos de la hipertrofia con conservación de la capacidad normal ó con dilatación proporcionada al engrosamiento de las paredes. Estos caracteres del pulso son especialmente notables en los casos en que predomina la hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Se ha citado como dependiente de la hipertrofia un *obstáculo más ó menos considerable de la circulación venosa*, el cual dá origen á la turgencia y al aspecto violado de la cara, al edema, á la anasarca, á las hemorragias pasivas y á los trastornos de la respiración; pero Bouillaud hace notar que se han tenido principalmente á la vista para esta descripción los casos complicados en los cuales hacen detener el curso de la sangre los obstáculos más ó menos considerables que se hallan en los orificios del corazón; en efecto, es cierto que en las descripciones generales no se ha tenido ordinariamente cuidado de distinguir, como lo ha hecho este autor, los casos simples de los complicados, distinción sin embargo sumamente importante. En los casos de hipertrofia simple, el color muy encendido de la cara y la falta de toda congestión venosa y de las infiltraciones serosas tan comunes en las enfermedades del corazón, anuncian que la circulación tan lejos de sufrir obstáculos tiene á lo menos al principio un exceso de actividad.

Ya Bouillaud había hecho notar la coincidencia de las infiltraciones serosas con las estrecheces de los orificios, más bien que con la simple hipertrofia; pero las investigaciones de Louis, de donde hemos tomado ya resultados tan importantes, ponen este hecho fuera de duda de un modo todavía más riguroso. En efecto, este observador ha hallado en un gran número de casos analizados con cuidado, que el edema no se efectúa generalmente sin estrechez, de tal modo que de la existencia de este síntoma se puede deducir un signo muy útil para el diagnóstico, porque si bien la falta de la serosidad no prueba de un modo positivo que no haya estrechez en razón á que esta no produce necesariamente el edema, y que á veces este puede depender de otra causa, á lo menos su presencia induce á creer que existe la estrechez y que por consiguiente la enfermedad es mucho más grave que una hipertrofia simple. Tenemos pues que convenir con Bouillaud que en los casos en que no está complicada la hipertrofia, la respiración, la locomoción y la inervación no se alteran de un modo notable hasta los últimos tiempos de la enfermedad y cuando ya los demás síntomas han hecho grandes progresos.

Muchos de los síntomas indicados, tales como la impulsión exagerada del corazón, el retintín metálico, la fuerza y plenitud del pulso, pertenecen más bien á la actividad de la contracción cardíaca que á la hipertrofia, así faltan en casos muy frecuentes en los que no hay aumento en la fuerza del corazón (Stokes). Pueden también encontrarse caracteres opuestos en los casos en que la hipertrofia va acompañada de debilidad en la contractilidad cardíaca.

*Formas de la hipertrofia.* Desde Bertin (1) se ha dividido generalmente la hipertrofia en tres formas principales. «En la primera, dice Bouillaud, están hipertrofiadas las paredes de una ó de varias cavidades del corazón, sin que la capacidad de estas cavidades haya aumentado ni disminuido: esta es la que se llama *hipertrofia simple*. En la segunda están hipertrofiadas las paredes de las cavidades, y estas han aumentado al mismo tiempo su capacidad, lo cual constituye la *hipertrofia escéntrica* ó aneurisma activo de Corvisart. En la tercera forma coincide el engrosamiento hipertrofico del corazón con la disminución de la capacidad de sus cavidades, como si la hipertrofia se verificase á sus espensas; esta es la *hipertrofia concéntrica*.

Las dos primeras formas han sido admitidas sin discusión, aun cuando tal vez la falta de medidas exactas suscitará algunas dudas respecto á la existencia de la primera, á lo menos en algunos de los casos citados. Por lo demás, todos convienen en que esta forma es sumamente rara, y en que la segunda constituye en el mayor número de casos la hipertrofia del corazón. La tercera ha sufrido serias objeciones. Habiendo notado Cruveilhier que en los individuos que han sucumbido de muerte violenta y en particular en los ajusticiados que mueren de una hemorragia muy rápida, se borran completamente las cavidades ventriculares, ha deducido de aquí que los corazones hipertrofiados concéntricamente solo han padecido una hipertrofia simple, pero que los sorprendió la muerte en toda la energía de su contractilidad. Por otra parte, George Budd (2) ha publicado una memoria acerca de la hipertrofia concéntrica, fundado en quince casos tomados de diversos autores ú observados por sí mismo, y de los cuales concluye que la hipertrofia concéntrica no existe de un modo permanente durante la vida, á no ser en algunos casos raros de deformidad congénita. Pero no me parecen apropiadas las razones que dá este autor, porque si en efecto ha podido por lo comun restituir en la autopsia su dimension normal á las cavidades del corazón, á veces no lo ha logrado, y si con frecuencia ha podido explicar el estado de contracción del ventrículo por la facilidad con que podia ser lanzada la sangre al través de un orificio no estrechado, en muchos casos en que habia un gran obstáculo que se oponia al curso de este líquido, no es posible adoptar esta esplicacion. Además varios autores, como Corvisart, Bouillaud, Louis, Hope, etc., han citado ejemplos de hipertrofias muy considerables que no permitian la dilatacion del corazón despues de la muerte, y en los que estaba el ventrículo tan sumamente estrechado, que en una observacion de Louis, por ejemplo, apenas podía entrar la estremidad del dedo pulgar. Ahora bien, ¿cómo si no existia la hipertrofia concéntrica se han podido apreciar durante la vida, en los casos de que acabamos de hablar, algunos síntomas particulares y

(1) Bertin, *Traité des maladies du cœur*; Paris, 1824, en 8.º

(2) George Budd, *Med-chirurg. Transac. of London*, t. XXI, p. 296, 1838.

entre otros la pequeñez del pulso, dependiente sin duda de la corta cantidad de sangre lanzada por el ventrículo?

Dechambre (1) ha emprendido una série de esperimentos que hacen ya imposible la duda, y que por este motivo debemos esponerlos aquí. Este autor ha hecho versar sus investigaciones sobre un gran número de sugetos, sin fiarse jamás en la apariencia, y admitiendo tan solo como la espresion de la capacidad real de los ventrículos y del grueso de sus paredes el estado en que se hallan estas cavidades verificada ya la dilatacion y la *retraccion* que sufren inmediatamente despues.

Los hechos se dividen en cuatro categorías. «En la *primera*, dice Dechambre, los ventrículos retraidos y hasta completamente obliterados se dejaban dilatar bastante para que despues de una ligera vuelta sobre sí mismo conservasen sus dimensiones normales, y las paredes habian perdido en este movimiento de expansion el exceso de grosor que esperimentaban en un principio.

»En la *segunda categoría* era un poco mas difícil la dilatacion de los ventrículos, aun en casos en que no era muy considerable su estrechez; sin embargo, llegaba sin grandes esfuerzos á darle de un modo permanente, dimensiones *superiores* á las anormales, quedando siempre sus paredes aun notablemente engrosadas.

»La *tercera categoría* comprende los casos en que los ventrículos volvian despues de la distension á sus dimensiones normales, conservando las paredes su *aumento de espesor*. En un caso era habitualmente mas difícil la distension que en los precedentes. En vez de notar que la fibra muscular se iba distendiendo gradualmente por la accion del esfuerzo, casi al momento se observaba que la detenia una resistencia no elástica y semejante á la que ofrece un corazón normal cuando ya la distension de sus paredes ha llegado á los últimos límites de su estensibilidad.

»Finalmente, en la *cuarta categoría*, cualquiera que fuese el grado de distension á que se sometiese el corazón, los ventrículos, dilatados por un instante, volvian siempre á adquirir *dimensiones inferiores á las anormales*, y las paredes adelgazadas por un momento presentaban un aumento notable de su espesor.

»En estas dos últimas categorías, el volúmen del corazón ó no presentaba variacion sensible ó estaba aumentado, que el ventrículo afectado se hallaba mas lleno y mas redondeado que de ordinario, y que el tejido muscular era menos comprensible, mas denso, y si puede decirse así, de un grano mas apretado que en la segunda y sobre todo en la primera categoría.»

A vista de semejantes esperimentos no es posible poner en duda la existencia de la hipertrofia concéntrica; sin embargo, debemos convenir que la observacion de Cruveilhier es aplicable á un número bastante considerable de casos.

(1) Dechambre, *Gaz. méd.*, 21 de setiembre de 1844.

Digamos ahora dos palabras de estas tres formas.

*Forma primera.* La hipertrofia con conservacion de la capacidad normal no se diferencia en nada de la descripcion general que dejamos hecha.

*Forma segunda.* Lo mas especialmente notable en la hipertrofia con dilatacion es la estension del sonido á macizo precordial que llega al punto que en algunos casos se ha visto que la punta del corazon late hácia fuera y por debajo de la tetilla entre la octava y novena costilla, y la base entre la segunda y tercera. Además el pulso grande, lleno y vibrante anuncia que se ha lanzado de un solo golpe una gran cantidad de sangre en el sistema arterial.

*Forma tercera.* En cuanto á la hipertrofia concéntrica, presenta con un sonido á macizo menos estenso, los ruidos del corazon sordos, sufocados, prolongados, y al mismo tiempo ese pulso pequeño y depresible de que ya hemos hablado repetidas veces.

*Hipertrofia limitada á una parte del corazon.* Bouillaud es quien ha dado el resumen mas exacto de las diferencias que existen entre la hipertrofia de los dos ventriculos. Segun este autor, en la hipertrofia del ventrículo izquierdo se perciben principalmente los latidos hácia los cartilagos de la quinta, sexta, sétima y hasta octava costilla, en donde se halla el máximum del ruido á macizo y la combadura. Al mismo tiempo el pulso es fuerte, tenso y vibrante, la cara está encendida, los ojos animados, y se manifiestan á intervalos mas ó menos distantes llamaradas de calor hácia la cabeza, se observan desvanecimientos, epistaxis, etc. Por el contrario, en la hipertrofia del ventrículo derecho existen los latidos violentos por debajo de la parte inferior del esternon, lo mismo que el sonido á macizo; el pulso no está lleno ni vibrante á no ser que haya complicacion con hipertrofia del ventrículo izquierdo, hay hemorragias pulmonares, dificultad de respirar, segun Corvisart, y en una palabra, mientras que en la una se halla un aumento de energía en la circulacion arterial, en la otra existe esta energía en la circulacion venosa, como lo prueba la dilatacion de la arteria pulmonar en toda su estension, que ha observado Louis (1) en los casos de hipertrofia de las cavidades derechas. Hope y otros muchos autores añaden á estos signos la turgencia de las venas yugulares externas y el pulso venoso cuando existe la hipertrofia á la derecha; pero en los casos en que se observa esto hay ordinariamente complicacion con una lesion de las válvulas.

En cuanto á la hipertrofia de las aurículas, Bouillaud no habla de ella, y segun Hope no hay ningun signo por donde se la puede distinguir de la hipertrofia de los ventriculos correspondientes. Pero Beau (2) analizando cierto número de observaciones, ha notado que en los casos en que el ventrículo presenta una hipertrofia notable, sobre todo si la

(1) Louis, *Rech. sur la phthisie*, 2.<sup>a</sup> edic., Paris, 1843, art. *Hémopt.*

(2) Beau, *Nouv. rech. sur les mouv. etc.* (*Arch. gén. de méd.* 3.<sup>a</sup> serie, 1841, t. XI, p. 265).

aurícula no participa de esta lesion de un modo muy sensible, el impulso del corazon es poco manifiesto, contra lo que generalmente se cree, al paso que sucede lo contrario en los casos de hipertrofia considerable de la aurícula. Este es un hecho que confirma su teoria de los movimientos del corazon y que merece que sea comprobado por otros observadores.

Tal es la descripcion sintomatológica de la hipertrofia, y para completarla me contentaré con enumerar aqui las diversas influencias que se han atribuido á esta enfermedad en los trastornos funcionales y en las lesiones de otros muchos órganos. Seria inútil hacer una descripcion detallada, porque esta lesion solo obra entonces como simple causa, y de que nos volveremos á ocupar al tratar de las enfermedades que segun muchos autores se pueden desarrollar bajo su influencia.

La principal de estas influencias es la que se ha atribuido á la hipertrofia del ventrículo izquierdo en la produccion de la apoplejía cerebral y del reblandecimiento del cerebro. De cincuenta y cuatro casos que cita Bouillaud, once han presentado una de estas dos afecciones, pero es muy probable que este resultado sea efecto de una coincidencia, puesto que en el gran número de casos que ha reunido Louis, no ha habido un solo caso de hemorragia cerebral, y el reblandecimiento de este órgano ha coincidido con la hipertrofia del corazon con menos frecuencia que con otras afecciones, la tisis, por ejemplo. Relativamente al reblandecimiento cerebral se ha olvidado Bouillaud de tomar un punto de comparacion con otra enfermedad, lo cual hubiera ilustrado el punto que nos ocupa.

En cuanto á la influencia del ventrículo derecho sobre el pulmon, parece mucho menos demostrada aun para los mismos que la han propuesto, que la del ventrículo izquierdo sobre el cerebro, y todavía parecerá menos despues que hayamos dicho que de los casos que ha observado Luis solo en cinco se han notado algunos esputos de sangre, y estos casos eran precisamente aquellos en que el ventrículo derecho tenia menos energía, y en los que la dilatacion de la arteria pulmonar que anuncia un exceso de actividad en la circulacion era muy poco considerable.

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

El curso de esta afeccion es ordinariamente lento y progresivo. Ya he dicho antes de ahora que en sus principios podría presentar bastantes irregularidades; pero segun que va progresando, los síntomas se hacen mas permanentes, á pesar de que de cuando en cuando y con mas ó menos frecuencia sobrevienen mejorías notables. En los casos que ha reunido Louis, los extremos de la duracion han sido tres meses y doce años.

Resulta, pues, que la duracion es bastante variable, pero en gene-

ral se puede decir que lo es mucho menos que en las demás afecciones orgánicas del corazón. Habiendo examinado Louis un número bastante considerable de observaciones, halló que la hipertrofia tenia en general una duración de uno á cuatro años, pero notó también que habia una diferencia muy marcada en cuanto á este punto entre la hipertrofia del lado derecho y la del izquierdo, pues esta conduce más rápidamente los enfermos á una terminación funesta, habiendo podido apreciar este observador que la duración media en la hipertrofia del ventrículo izquierdo era de dos años y un tercio, al paso que en la del derecho llegaba á seis años y medio. Este resultado se confirma también por otra consideración, y es que entre los casos de hipertrofia del ventrículo izquierdo se cuenta un número bastante grande en que la enfermedad ha tenido una duración muy corta (de tres á siete meses), mientras que solo se halla un caso de este género entre los de hipertrofia del ventrículo derecho. Louis ha demostrado además que la duración era mucho más corta en los casos en que habia una dilatación que en los de simple hipertrofia, puesto que en los primeros ha sido de unos dos años y medio, y de seis años en los segundos, aun en los casos en que la hipertrofia residía en el ventrículo izquierdo, hecho que merece sea notado detenidamente.

En los casos bien comprobados de hipertrofia del corazón, raras veces se han citado ejemplos de *terminación* feliz, y en los que esto se ha hecho quedan muchas dudas, porque por lo común ha sido no seguir observando los enfermos por un tiempo bastante largo para poder asegurarse de que la curación era radical. Por otra parte, es muy fácil que más de una vez se hayan tomado por una enfermedad orgánica las alteraciones notables de la circulación que se presentan en ciertos casos de anemia y de clorosis, atendiendo á los síntomas notables de estas enfermedades, y llegar á creer por este error de diagnóstico en la curación de la enfermedad. Es una prueba de esto el hecho que cita Laennec (1), en el que como no se ha practicado la percusión y no se ha hecho referencia de la impulsión del corazón, no es posible llegar á adquirir la certidumbre de que en este caso haya habido una verdadera hipertrofia.

Ya hemos dicho antes de ahora que Hope y Beau habian citado ejemplos de hipertrofia del corazón dependiente de una pericarditis antigua, en cuyos casos, según este último autor, se puede obtener á cierta época la curación, porque las bridas que tienen sujeto el corazón y que impiden sus movimientos llegan con el tiempo, y por efecto de estos mismos movimientos, á distenderse y dejar algo más libres las contracciones del órgano; entonces la hipertrofia que parece que solo se ha producido para suplir por la fuerza de la contracción á la libertad de los movimientos, va disminuyendo al mismo tiempo que la causa que le ha dado origen. Esta opinión, que el mismo Beau no

(1) Laennec, *Ob. cit.*; *Des maladies organiques du cœur.*

emite sin restricciones, necesita ser comprobada por nuevas observaciones.

### § V.—Lesiones anatómicas.

La principal de estas lesiones es el engrosamiento de las paredes de las diversas cavidades, que adquieren á veces un espesor doble y aun triple del que tienen en estado normal. Las columnas carnosas se hacen más prominentes, más gruesas y dejan entre sí intervalos profundos. El volumen general del corazón está más ó menos aumentado, sobre todo cuando hay una hipertrofia con dilatación. Al mismo tiempo este órgano se pone deforme, sus ángulos naturales están redondeados, y se asemeja, según la comparación de Laennec, á un corazón de buey y hasta á un zurrón de pastor.

No son las mismas su situación y dirección. En la hipertrofia considerable está colocado casi transversalmente en el lado izquierdo del pecho, y sus relaciones están cambiadas en razón directa de esta dislocación. La punta se halla dirigida hácia fuera de la tetilla y á uno ó dos espacios intercostales por debajo del que corresponde en el estado normal. Estos cambios de situación varían además mucho, según que la hipertrofia y la dilatación residen en tal ó cual punto, respecto á lo que sería inútil que entrásemos ahora en pormenores, porque es fácil comprender cuáles son estas modificaciones, según que la lesión se halle en las cavidades izquierdas ó en las derechas, en los ventrículos ó en las aurículas. El tejido muscular del corazón, que es el que ocupa principalmente la hipertrofia, está ordinariamente apretado, resistente y de color rojo más subido que en el estado natural.

En cuanto á las demás lesiones que con tanta frecuencia se hallan con la hipertrofia, tales como las alteraciones del endocardio, las adherencias pseudo-membranosas del pericardio, etc., pueden considerarse como simples complicaciones.

### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La hipertrofia del corazón es, entre todas las afecciones de este órgano, la que presenta el diagnóstico más fácil y más exacto.

La hipertrofia está caracterizada por una impulsión violenta, á lo menos en un número considerable de casos, por los ruidos del corazón como apagados, por un sonido á macizo *muy resistente* y más estenso que en el estado normal, y finalmente por un exceso de actividad en la circulación arterial cuando el ventrículo izquierdo está hipertrofiado.

Se ha procurado distinguir esta enfermedad de la *pleuresía con derrame* y del *enfisema pulmonar*, pero aun cuando la primera, porque empuja el corazón hácia el lado opuesto al que ocupa, pudiera á primera vista suscitar algunas dudas, no me parece que sea necesario establecer un diagnóstico entre afecciones tan diferentes.

Se ha procurado en seguida averiguar las diferencias que existen entre la hipertrofia simple y la *endocarditis aguda*; pero para que pudiese haber confusion sería preciso que la hipertrofia se presentase al mismo tiempo que una afeccion febril, y si esto sucediese, los sintomas anteriores, la estension del sonido á macizo y la falta de ruidos anormales en la hipertrofia simple, vendrian, como ya dejamos dicho, á ilustrar el diagnóstico.

Se ha indicado tambien la *pericarditis* como susceptible de confundirse á veces con la hipertrofia del corazon; pero solo un exámen muy superficial puede dar origen á semejante error.

Si hay una *pericarditis* con derrame, los latidos del corazon son profundos, distantes del oido y hay un sonido á macizo mucho mas estenso que en la hipertrofia, cuyos signos bastan para este diagnóstico en que es inútil insistir.

En cuanto al *aneurisma de la aorta* que ha dado motivos para tantos diagnósticos diferenciales entre los antiguos, ya indicaremos cómo se distingue de la hipertrofia despues de que hayamos hecho su historia.

Restan ahora las *palpitaciones* puramente nerviosas ó dependientes de un estado clorótico ó anémico, palpitaciones que son á veces bastante difíciles de distinguir de la hipertrofia, y que han hecho que los prácticos se equivocasen repetidas veces, y sin embargo, no hay diagnóstico mas importante que este, porque debe influir de un modo muy notable en el tratamiento. Las palpitaciones nerviosas son intermitentes y adquieren de pronto gran intensidad para disminuir mucho ó desaparecer por completo á muy poco tiempo. Se las observa generalmente en las mujeres que padecen diversas neuroses, no producen el edema de las estremidades, y en una palabra, no presentan ningun sintoma notable mas que los latidos insólitos del corazon. En las palpitaciones de las cloróticas se observan además de los sintomas propios de este estado morbozo y que son en general muy diferentes de los de la hipertrofia del corazon, ruidos de fuelle hácia la base del corazon y mucho mas comunmente en el trayecto de las arterias. Estos ruidos anormales, cuyos caractéres particulares describiremos mas adelante, cesan desde el momento en que un tratamiento apropiado modifica los sintomas principales, y entonces desaparece hasta el menor resto de ese estado morbozo del corazon que parecia tan alarmante. Por el contrario, en la hipertrofia los ruidos anormales son raros y muy débiles, á no ser que haya complicacion, y si á veces se logra obtener un alivio notable, siempre quedan algunos signos en la region precordial, como una impulsión notable y cierto sonido á macizo, que indican que no ha desaparecido completamente la enfermedad. Por los mismos signos se distingue la hipertrofia de la anemia, y además se observa en estas esa descoloracion completa de los tejidos, muy diferente de la que se presenta en la hipertrofia.

Puede suceder que en los sugetos que tienen desviaciones considerables de la columna vertebral, se halle comprimido el corazon por

las partes huesosas, lo cual dá origen á la dilatacion de las cavidades y á los signos de la hipertrofia. En tales casos pueden ser perjudiciales las sangrias repetidas, porque privan al órgano de la fuerza que necesita para luchar contra el obstáculo, y Richelot (1) ha observado, por el contrario, que los tónicos producen grande alivio.

## CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la hipertrofia y de las palpitaciones nerviosas.*

HIPERTROFIA DEL CORAZON.	PALPITACIONES NERVIOSAS.
Enfermedad generalmente <i>continua</i> , en la que solo hay mejorias incompletas.	Enfermedad <i>intermitente</i> , que desaparece del todo.
<i>Edema</i> de las estremidades, cuando la afeccion ha llegado á un alto grado, y sobre todo cuando está complicada con una lesion de los orificios.	<i>No hay edema.</i>
<i>Sonido á macizo aumentado</i> en la region precordial.	<i>No ha aumentado el sonido á macizo.</i>

2.° *Signos distintivos de la hipertrofia del corazon y de las palpitaciones en las cloróticas.*

HIPERTROFIA DEL CORAZON.	PALPITACIONES EN LAS CLORÓTICAS.
Cuando la hipertrofia es simple <i>no hay ruidos anormales.</i>	<i>Ruidos anormales</i> en la base del corazon y en el trayecto de las arterias.
<i>Quedan vestigios</i> aun despues de las grandes mejorias.	<i>Desaparecen completamente</i> á beneficio de un tratamiento apropiado.
<i>No hay sintomas generales</i> de la clorosis.	<i>Signos generales</i> de la clorosis.

3.° *Signos distintivos de la hipertrofia del corazon y de la anemia.*

HIPERTROFIA DEL CORAZON.	ANEMIA.
Lo mismos signos que en el diagnóstico anterior.	Los mismos signos que en el diagnóstico anterior, y además la <i>descoloracion</i> mas ó menos completa que es propia de la anemia.

De todos estos diagnósticos el mas importante sin disputa es el re-

(1) Richelot, *Union medicale*, 26 de enero de 1847, p 37.