

que privada del movimiento y de actividad, tiene por lo menos mucho de incompleto. La anemia y la debilidad resultan con frecuencia de este estado.

En cuanto á las consecuencias sociales del raquitismo son tan evidentes, que no insistiremos en ellas.

El raquitismo ejerce sobre todo una influencia funesta sobre los órganos contenidos en las cavidades esplánicas que necesitan para evolucionar el movimiento del esqueleto. Sabidas son las terribles consecuencias del raquitismo de la pelvis en las mujeres en perjuicio del niño. Sabido es también que el raquitismo motorácico espone al enfisema, al asma y á la hipertrofia del corazón. Pero no es únicamente la hipertrofia simple la que suele presentarse en los jóvenes afectados de raquitismo, sino también la alteración de los orificios del corazón con todos los fenómenos que la acompañan.

Indicando el raquitismo como causa de enfermedad del corazón, solo anunciamos un hecho vulgar.

Senac ha indicado mucho tiempo hace una conformación defectuosa del tórax común en los raquílicos, en la que se observa un abovedado ó incurvación de las costillas por delante del corazón, pero no llevó su observación más adelante. Piorry, ocupándose de este particular, hace ver que esta disposición está generalmente unida á una incurvación de la columna vertebral que forma una ligera convexidad hácia la izquierda. A consecuencia de esta conformación, las costillas izquierdas se inclinan adelante, experimentando una flexión al nivel de la articulación con los cartílagos: hay entonces una asimetría pronunciada que no solo es visible al nivel del corazón, sino que afecta á todo el tórax, y que se manifiesta por detrás por una disposición inversa de la verificada por delante; el ángulo de las costillas del lado derecho es saliente, estando un poco deprimido en el izquierdo. Esta alteración tiene caracteres tan marcados, que no debemos insistir en ella. Si no hay ningún otro fenómeno por parte del corazón, será fácil reconocer su verdadero origen, pero puede ser causa de muchas dificultades en las enfermedades cloróticas y que se quejan de palpitaciones; entonces se explorarán los fenómenos concomitantes y los fenómenos suministrados por la percusión (1).

Es raro que los dos lados del pecho sean iguales; resultan *heteromorfias fisiológicas* que es menester no tomar como resultado de enfermedades. El lado derecho del pecho es más estenso que el izquierdo de 1 á 3 centímetros, algunas veces ambos lados son iguales; en casos más raros el izquierdo tiene uno ó dos centímetros más. Es muy común observar eminencias laterales anteriores ó posteriores ya sea á la derecha ya á la izquierda. Estas eminencias pueden hacer iguales ambos lados ó el izquierdo mayor que el derecho; á la derecha en que su

(1) V. A. Racle, *Tratado del diagnóstico médico*, traducción del doctor Casas, Madrid, 1865.

influencia es menos manifiesta hace más sensible la diferencia que generalmente se observa en el lado derecho. La eminencia anterior que presentan los zurdos, hace generalmente al lado izquierdo más estenso que el derecho. Cuando no existen eminencias á la izquierda este lado no es nunca más estenso que el derecho (Wuillez) (1).

ARTÍCULO IV.

ENFERMEDADES DEL PERICARDIO.

Desde los primeros tiempos de la anatomía patológica se ha reconocido que el pericardio está muy espuesto á afecciones graves que dejan en pos de sí vestigios muy evidentes: así las manchas, las falsas membranas recientes ó antiguas, las acumulaciones de serosidad de pus, etc., fueron pronto notadas en un gran número de casos y llamaron desde luego la atención de los observadores. Pero careciendo de medios suficientes de exploración, y siendo por lo común oscuros los signos de las afecciones del pericardio, los médicos que precedieron á Laennec hallaron dificultades insuperables para referir estas lesiones á una serie de síntomas que constituyese una enfermedad distinta, y hasta el mismo Laennec que no daba á la inspección y percusión torácicas toda la importancia que se merecía, y que tal vez no tuvo tiempo para estudiar bastante las afecciones del pericardio, se ha contentado casi siempre con esponer con el mayor cuidado la anatomía patológica, y apenas hizo mención de algunos síntomas de muy escaso valor.

Pero en estos últimos tiempos Louis y después Bouillaud, Hache, Hope, Stokc, Latham, Gendrin y otros muchos llevaron más adelante la observación, y haciendo uso de todos los medios de exploración conocidos, han llegado á dar al diagnóstico de las enfermedades del pericardio mayor grado aun de precisión, que al de las demás afecciones del corazón.

1.º PERICARDITIS AGUDA.

A pesar de los numerosos artículos que se habían escrito acerca de la pericarditis, se puede decir que esta enfermedad no era conocida hasta que Louis (2) la hizo objeto de una Memoria fundada en el análisis de muchas observaciones que había recogido. Es muy fácil convencerse de esta verdad leyendo las primeras palabras de Corvisart acerca de esta afección (3): « Su invasión brusca, dice este autor, su

(1) Wuillez, *Traite de l'inspection et de la mensuration de la poitrine*; Paris, 1838.

(2) Louis, *Mém. ou Rech. anatomico-patholog.*; Paris, 1826, p. 253 y siguientes.

(3) Corvisart, *Lug. cit.*, *De la péricardite aiguë*, p. 6.

curso rápido y su terminacion casi repentina apenas dejan el tiempo necesario para fijar sus caracteres y determinar su asiento.» Laennec no tenia tampoco datos mucho mas positivos, puesto que decia que á veces podia adivinarse la pericarditis, pero que no habia ningun medio seguro de llegar á formar su diagnóstico. Resulta pues, que en todo lo concerniente á los síntomas, curso de la enfermedad, tratamiento, y en una palabra, á toda la historia de la afeccion, esceptuando las lesiones anatómicas, apenas podemos remontarnos mas allá de las investigaciones hechas en estos últimos años.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *pericarditis aguda* es una inflamacion de la membrana esterna del corazon.

Antes de ahora se ha designado á esta enfermedad con los nombres de *adherencias del corazon al pericardio*, *hidropesia del pericardio*, *inflamacion*, *abceso* ó *tumor*, segun que se hallaba en la autopsia tal ó cual lesion.

La frecuencia de la pericarditis no debe parecer muy grande si se atiende solo á las flegmasias de esta membrana sin complicacion; pero si se cuentan las pericarditis que acompañan á las demás afecciones del corazon, su frecuencia entonces ya es un poco mas considerable. Louis ha hallado, entre mil doscientas sesenta y tres autopsias tomadas de diversos autores, y en las cuales se hacia mencion del estado del corazon, setenta casos de pericarditis reciente ó antigua.

§ II.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

Segun los datos de Louis el *sexo* tiene grande influencia en el desarrollo de la pericarditis, puesto que de las observaciones que ha reunido, las tres cuartas partes recayeron en hombres. En cuanto á la *edad*, se nota la mayor frecuencia de esta afeccion segun sus investigaciones, entre los diez y siete y treinta años y los cincuenta y setenta; pero por otra parte Hache ha demostrado que el mayor número de enfermos, y esto en una proporcion considerable, tenían de diez y ocho á treinta años; de modo que si bien pueden quedar dudas acerca de la realidad de la influencia que concede Louis á la vejez, la de la juventud es innegable. No hay las mismas disidencias acerca del *sexo*, porque los datos de Bizot y Bouillaud no han hecho mas que confirmar los de Louis. En la mayoría de los casos observados, los sujetos presentaban una *buena constitucion*.

Entre las causas predisponentes, hay otra cuya influencia es evidente, á saber, la existencia de una enfermedad del corazon. En efecto, entre mil doscientos sesenta y tres casos de pericarditis antigua ó

reciente, ha notado Louis que en ciento sesenta y siete habia una afeccion mas ó menos grave de esta viscera, de tal modo que la décima tercera parte de los individuos atacados de hipertrofia del corazon con ó sin dilatacion de las cavidades, etc., habia sufrido en una época mas ó menos próxima á la muerte una inflamacion del pericardio, nueva prueba de la gran tendencia que tienen las enfermedades del corazon á complicarse unas con otras.

Segun los casos que ha reunido Hache, la pericarditis aguda se manifiesta con mas frecuencia *hacia el fin del otoño y principios del invierno*.

No poseemos ningun dato bien exacto acerca de las *condiciones higiénicas* en que se desarrolla esta afeccion: sin embargo, si atendemos á que se observa con mucha mas frecuencia en los hombres y en sujetos robustos, nos inclinamos á admitir que los *diversos excesos*, el abuso de los alcohólicos, los trabajos penosos, etc., etc., á que se entregan mas particularmente los hombres, deben tener cierta influencia en su produccion. En cuanto á las otras causas predisponentes, tales como el *estado de preñez*, un *parto reciente* y la *convalecencia de las enfermedades exantemáticas*, indicadas por J. Frank, no tenemos bastantes datos para poder juzgar de su influencia.

2.º Causas ocasionales.

Entre las causas determinantes «la mas poderosa, la mas frecuente y por tanto la que mas importa conocer bien, es indudablemente segun Bouillaud, un *enfriamiento brusco y repentino*, estando el cuerpo muy acalorado y despues de ejercicios mas ó menos violentos.

Bouillaud ha indicado con particularidad la influencia del *reumatismo articular* en el desarrollo de la pericarditis, y en su opinion la mitad de los sujetos que padecen reumatismo articular agudo presentan síntomas de pericarditis ó de endocarditis, y las mas veces de estas dos enfermedades reunidas. Se ve pues que Bouillaud no ha procurado deslindar lo que pertenece en propiedad á la pericarditis, y que por consiguiente este resultado carece de exactitud. No obstante, es preciso convenir en que la coincidencia de la inflamacion del pericardio con el reumatismo articular agudo es un hecho notable, que aunque ya Sydenham la habia indicado y mas tarde Chomel, Bouillaud ha sido el que mejor la ha demostrado (1). Toda la discusion versa pues tan solo sobre el grado de frecuencia, que segun los datos recogidos por otros médicos, y particularmente por el doctor Latham (2), no es tan grande como lo cree Bouillaud.

Las demás causas escitantes, cuya frecuencia no está tan bien de-

(1) Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coincidence des inflammations du cœur avec cette maladie*, Paris, 1840, en 8.º

(2) Latham, *Lect. on subj. connect. with clin. med. compris. disease of the heart.*, Londres, 1845.

mostrada, son: los esfuerzos violentos, los trabajos penosos, las impresiones morales vivas, los excesos en la bebida, la supresion de un flujo y la repercusion de los exantemas. Lobstein ha citado un caso en que se ha presentado la pericarditis despues de la desaparicion de una erisipela.

Scott Alison (1) ha observado tres casos de pericarditis desarrollada en el curso de la escarlatina, reinando epidémicamente esta última afeccion.

Burrows (2) cree que los tubérculos se desarrollan en el pericardio sin inflamacion anterior, y que son ellos por el contrario los que dan origen á la flegmasia, cuya opinion, contraria á la de Laennec y de Rokitanski, está apoyada en tres observaciones interesantes, y una vez admitida seria preciso considerar como una nueva causa de pericarditis la formacion de tubérculos en la superficie del pericardio.

Leaming (3) ha visto una pericarditis mortal producida por la introduccion de una aguja en el corazon; pero en ciertos casos esta causa puede no tener ningun efecto y así se observó en la Salitrería en la clinica de Trelat (4), un enfermo que sufrió una picadura de una aguja en el corazon, en cuyo órgano ha permanecido sin ocasionar ningun accidente.

Tambien se ha colocado entre estas causas la estension al pericardio de la inflamacion de la pléura ó del pulmon del lado izquierdo; pero todos en la actualidad están conformes en admitir mas bien en tales casos el desarrollo de varias flegmasias por la influencia de una misma causa.

Finalmente, se han citado ejemplos de epidemias de pericarditis, y en todas las obras se hace mencion de la que ha observado Trecoart en Rocroy (5), y de la que ha descrito Hubert en 1819; J. Lalor (6) ha observado un nuevo ejemplo en el invierno de 1848 á 1849 en Killenny (Irlanda).

§ III.—Sintomas.

Invasion. La invasion de la enfermedad es á veces muy rápida; sin embargo, deben quedar dudas acerca de las pericarditis que se presentan de pronto y con una intensidad extraordinaria, porque si se examinan las observaciones particulares, se nota que despues de algunos dias de un curso mas ó menos oscuro, la afeccion puede adquirir de pronto grande intensidad y simular una invasion repentina. Es bastante raro que esta enfermedad empiece por escalofrios, sobre

(1) Scott Alison, *Lond. med. Gaz.*, febrero de 1845.

(2) Burrows, *Lond. med. chir. Trans.*, 1847.

(3) Leaming, *Lond. med. Gaz.*, enero de 1844.

(4) Trelat, *Bull. de thér.*, diciembre de 1845.

(5) Trecoart, *Observ. sur une mal. sing.*, *Journ. de méd. et de chir.*, 1755.

(6) J. Lalor, *Dublin quarterly, Journ. of med.*, febrero de 1852.

todo cuando se presenta en sujetos sanos, y aun cuando existen estos escalofrios no son ordinariamente muy violentos. Por lo comun los primeros síntomas que aparecen son un dolor, una incomodidad en la region precordial y diversos trastornos en los movimientos del corazon, á los cuales sigue el calor con los demás síntomas del movimiento febril, y ya está declarada la enfermedad.

Graves hace notar (1) que en gran número de casos los signos característicos de la pericarditis van precedidos de un periodo durante el que se acrecienta la actividad funcional del corazon. Este hecho parece probar que la afeccion comienza por la sustancia carnosa de los ventriculos y que despues se estiende á la membrana de cubierta.

Sintomas. El dolor que existia en todos los casos que ha observado Hache, no ha sido notado con tanta constancia por los demás autores, y segun las investigaciones de Louis y Bouillaud, ó no aparece, ó es muy ligero en casi la mitad de los casos que se curan. En general es poco intenso, y el enfermo percibe mas bien la sensacion de un peso ó de un obstáculo en la region del corazon, que un dolor bien determinado. Por el contrario, en algunos casos es lancinante como el dolor de la pleuresia, y puede entonces hacerse muy violento. Bouillaud ha creido hallar la causa de esta diferencia en la complicacion con una pleuresia que ocupa la porcion izquierda de la pléura diafragmática; pero esta coincidencia no es constante, porque Hope ha reunido cierto número de casos en que el dolor era dislacerante, sin que hubiese el menor vestigio de pleuresia. Este dolor, lo mismo que el de la pleuresia se exaspera por la tos y las grandes inspiraciones. Las palpitaciones que aparecen por accesos, como veremos muy pronto, aumentan tambien mucho su intensidad. Igual resultado produce el decúbito sobre el lado izquierdo en el mayor numero de casos, y hasta algunos enfermos se ven precisados á permanecer sentados con el cuerpo ligeramente inclinado hácia adelante, de lo cual ha citado Stokes varios ejemplos. Tambien aumenta el dolor una presion á veces muy ligera en los espacios intercostales de la region precordial ó sobre las mismas costillas.

Los latidos del corazon son con bastante frecuencia tumultuosos, irregulares, y algunas veces intermitentes, alteraciones que presentan con especialidad durante los accesos de palpitaciones, que son, segun las investigaciones de Louis y Hache, uno de los síntomas mas notables de esta enfermedad. Estos accesos de palpitaciones que se observan en la mayoría de los casos, son mas ó menos frecuentes y prolongados, y cuando la afeccion es intensa, se los puede observar ocho, diez y doce veces en las veinticuatro horas, al paso que en otros casos solo se presentan una ó dos veces al dia. El andar, el cansancio y las emociones morales pueden provocar estas palpitaciones; pero por lo

(1) Graves, *Clinique medicale*, trad. Jaccoud, Paris, 1862, t. II, p. 232 y 241.

comun se manifiestan sin causa conocida, y con mas frecuencia por la noche que durante el dia.

Es difícil apreciar la intensidad de los latidos del corazon, porque pueden estar mas ó menos ocultos por el derrame; pero si la cantidad de liquido es poco considerable, hay una impulsión visible en la region precordial, que un derrame abundante hace desaparecer. En los casos en que al mismo tiempo que la pericarditis hay una hipertrofia, son mas violentos los latidos que en ninguna otra circunstancia, y lo son á veces en un grado intenso sin que al parecer incomoden mucho á los enfermos.

Si se examina detenidamente la configuracion del pecho, se halla en la region precordial una prominencia ó *combadura* indicada por Louis, y que es tanto mas considerable cuanto mas abundante es el derrame. Esta prominencia de figura oval, cuyo mayor diámetro está dirigido de arriba abajo y cuya circunferencia se pierde insensiblemente en las paredes del pecho, presenta muchas particularidades que considerar. Sus límites son por arriba la tercera ó la segunda costilla, y por abajo la octava ó la novena. Examinando con cuidado su superficie, se nota que en los casos en que es un poco considerable, los espacios intercostales están ensanchados por la elevacion de las costillas, y que su concavidad está borrada ó hasta reemplazada por una ligera convexidad.

Se puede encontrar al mismo tiempo una manifiesta tumefaccion en la region epigástrica. La elevacion precordial y la tumefaccion de que hemos hablado, se atribuyen por todos los autores á la presencia del derrame que rechaza las paredes torácicas. Sin embargo, Gendrin (1) cree que debe atribuirse mejor á la parálisis de los músculos intercostales y de la parte anterior del diafragma que no reacciona sobre las vísceras subyacentes, lo que se prueba por la presencia de la combadura antes que el derrame sea lo suficiente para elevar las paredes torácicas, y además se ve que estos músculos permanecen insensibles en los movimientos respiratorios.

La *percusión* practicada en la region precordial suministra signos muy importantes. Se halla un *sonido á macizo* por lo comun muy intenso, cuyos límites son poco mas ó menos los mismos que los de la combadura, aunque sin embargo, esta se estiende un poco mas, lo cual se explica por la menor distension del pericardio en su circunferencia, y sobre todo en la parte superior. Este ruido á macizo ocupa principalmente la parte cartilaginosa de las costillas, y es mas intenso hácia la parte media de la combadura, es decir, al nivel de la cuarta costilla, en cuyo punto se siente bajo el dedo una resistencia de las mas marcadas, como lo ha notado principalmente Piorry. Este autor ha comprobado además que la latitud del sonido á macizo va disminuyendo de abajo arriba, ó sea estado *piriforme* y que cambia en par-

(1) Gendrin, *Leçons sur les maladies du cœur*, 1841, t. I, p. 470.

te de asiento cuando se hace variar el decúbito. Si por ejemplo, se hace echar al enfermo sobre el lado derecho, los límites del sonido á macizo no excederán del borde derecho del esternon, al paso que por el lado opuesto se aproximarán al borde izquierdo; y si por el contrario, se le manda acostar del lado izquierdo, el sonido á macizo se extenderá por este lado hasta el borde derecho del esternon, y hasta una línea mas próxima á la parte media de este hueso.

Por la *auscultacion* se nota igualmente la existencia de signos preciosos. El *ruido respiratorio* desaparece completamente en la parte media de la region precordial, y poco á poco se le va percibiendo, pero ya á cierta distancia y segun que se va aproximando el oído á la circunferencia del derrame. Este signo es de mucha importancia, pues permite apreciar la abundancia del liquido derramado.

Los *ruidos del corazon* se perciben distantes á no ser que el derrame sea poco considerable, y son mas claros al nivel de la tercera costilla ó un poco mas abajo que en la parte media de la region precordial; por consiguiente se los oye en un punto un poco mas elevado que en el estado normal, lo cual prueba que el corazon ha sufrido un movimiento de ascension. Por lo comun no presentan alteraciones bien notables, y solo se observa que son sordos y mas difíciles de apreciar que en el estado normal, lo cual depende de su distancia del oído y de la interposicion del liquido mas bien que de ninguna otra causa.

Algunas veces presentan *intermitencias* ó *irregularidades*. Estos caracteres se han atribuido por lo comun á la compresion del corazon por un derrame abundante que dificulta sus movimientos. A la misma causa se han atribuido los síncope que sobrevienen en los casos graves en los que puede producirse la muerte repentina. Stokes cree por el contrario que se han exagerado mucho los efectos de esta compresion y que estos síntomas ó accidentes resultan de alteraciones producidas en la contractilidad por la proximidad de la inflamacion. La debilidad del corazon es frecuente en un periodo muy avanzado de la pericarditis, y Stokes le asigna los caracteres siguientes, debilidad, intermitencias, irregularidades del pulso coincidiendo con la debilidad ó la desaparicion del choque del corazon; turgencia de las venas yugulares; debilidad del primer ruido del corazon, conservando el segundo su intensidad (la persistencia del segundo ruido indica que el apagamiento del primer tiempo depende de debilidad del sistole ventricular y no de un derrame en el pericardio); síntomas generales de la debilidad circulatoria, tales como palidez, enfriamiento de la piel, edema en las extremidades y tendencia á los síncope (1).

En cierto número de casos se ha oído un *ruido de fuelle* diferente de la frotacion pericardítica, de que pronto vamos á ocuparnos, ruido que Hope atribuía principalmente al aumento de intensidad de los

(1) Stokes, *Traité des maladies du cœur*, trad. por Senac, Paris, 1864, p. 4 y 87.

latidos del corazón. Por el contrario, Bouillaud le considera como el resultado de una endocarditis que ocasiona la tumefacción de las válvulas; pero es demasiado difícil el diagnóstico de esta última afección para que sea todavía posible decidirse de un modo exacto acerca de este punto. La formación de coágulos en lo interior del corazón le parece también á Bouillaud la causa del ruido de fuelle en algunos casos.

Otro signo muy importante y que ha dado origen á muchas discusiones, es el *ruido de frotación pericardítica*. Ya el doctor Collin (1) había indicado un *ruido de cuero nuevo* como uno de los fenómenos más notables de la pericarditis aguda, y Stokes ha insistido mucho acerca de este signo diagnóstico, que ha descrito en muchas observaciones muy interesantes.

Este signo puede presentar graduaciones muy diversas y parecerse á un ruido de escofina, de frotación de un pedazo de pergamino y de rozamiento más ó menos seco, variedades casi iguales á las que hemos hallado en los ruidos anormales del corazón.

Collin creía que este ruido dependía de la sequedad de la membrana serosa antes de que se efectuase el derrame, y efectivamente es cierto que desde que este llega á ser abundante desaparece este signo, aun en aquellos casos en que se había notado en su mayor intensidad; pero nuevas observaciones, y en particular la de Stokes, han probado que este ruido podía depender muy bien de la frotación de dos falsas membranas rugosas y más ó menos densas, y hasta el mismo Bouillaud ha citado casos en que la intensidad del ruido estaba en relación directa con la densidad de la falsa membrana, y aparecía sumamente fuerte cuando esta estaba endurecida.

Esta frotación, ruido de escofina, de pergamino, de cuero nuevo, etc., es siempre muy superficial, acompaña por lo común á los dos ruidos del corazón, y se percibe más fuerte en el mayor número de casos durante el primer ruido que durante el segundo. El caso en que Bouillaud le halló limitado al diástole (es decir, en su teoría, al segundo tiempo) ha sido una excepción. No es tan solo por medio de la auscultación como se puede percibir este signo, pues desde que existe de un modo un poco notable, se siente, aplicando la mano á la región precordial, un *estremecimiento* más ó menos manifiesto.

Este signo, indicado por primera vez por W. Stokes (2), es debido, como el precedente, al frote de las falsas membranas que cubren las dos hojas del pericardio y no puede por lo tanto producirse cuando ambas superficies están separadas por un derrame.

Hache ha citado hechos que prueba como este ruido se halla bajo la influencia de la rugosidad y de la sequedad de las falsas membranas, puesto que le ha visto que se presenta y desaparece al mismo

(1) Collin, *Des diverses méth. d'explor. de la poitr.*, Paris, 1824.

(2) W. Stokes, *Dublin Journal of medical science*, 1833, y *Traité des maladies du cœur*, trad. por Senac, 1864.

tiempo que aparecía ó se disipaba un derrame á veces poco abundante. El doctor Hughes (1) ha notado que el ruido de frotación pericardítica no desaparece por lo común repentinamente en toda la región precordial, sino que cesa primero de percibirse inferiormente y después se va desvaneciendo capa por capa y de abajo arriba, de modo que se pueden seguir los progresos del derrame. Hemos comprobado por nosotros mismos la exactitud de esta observación en un caso que todavía tenemos á la vista. A veces se ha percibido un *relintín metálico*, pero este signo es poco frecuente y solo tiene una importancia secundaria.

Tales son los síntomas locales de la pericarditis, los más propios sin disputa para ilustrar el diagnóstico: sin embargo, hay algunos otros que merecen que los indiquemos, á pesar de que no tienen ni con mucho el mismo interés.

Pero antes debemos decir dos palabras del estado del *pulso*. Louis (2) ha hallado un signo importante en la irregularidad é intermitencia de los latidos arteriales que ha observado en la mayor parte de los casos; pero los demás autores no les han dado tanta importancia, y en particular Hache considera á este signo como poco útil para el diagnóstico. Esta divergencia de opiniones depende, á nuestro modo de ver, en que Louis ha analizado principalmente observaciones de pericarditis que han terminado por la muerte, y así no debe echarse en olvido este hecho, porque siendo frecuente la intermitencia del pulso en los casos de muerte y rara en los que se curan, es una diferencia muy útil para el pronóstico.

Los caracteres del pulso son muy variables, y según Stokes, no hay uno solo que pueda referirse á un período de forma particular de la pericarditis; la intermitencia y la irregularidad indican en general que la enfermedad ha llegado á un período avanzado, que el corazón se ha debilitado y que existe una inflamación del tejido muscular ó del endocardio (Stokes). El mismo autor señala otro signo suministrado por el sistema arterial y que le ha encontrado varias veces; es la *exageración de los latidos* de los vasos cervicales.

En la mayor parte de los casos se ha notado una *cefalalgia* de mediana intensidad, y raras veces *zumbidos de oídos*, *desvanecimientos* y *vértigos*. El sueño está perturbado con frecuencia por *pesadillas*, que son por lo común la señal de un acceso de palpitaciones y de disnea.

En muchas observaciones referidas por Stokes había *disfagia* que no correspondía á ningún obstáculo procedente de la garganta ni de la faringe. Este signo, ya mencionado por Morgagni y Testa, depende más bien de una causa vital que de causa mecánica; en efecto, se observa en los primeros períodos de la enfermedad cuando el derrame es poco considerable; además, no se la encuentra en el hidropericar-

(1) Hughes, *Lond. med. Gaz.*, noviembre de 1844.

(2) Louis, *Loc. cit.*, p. 284.

días. No puede, pues, depender de una acción puramente mecánica (Stokes).

Ordinariamente conservan los enfermos bastante bien sus fuerzas, y hay algunos que no se ven precisados á guardar cama hasta despues de muchos días de enfermedad.

En algunos casos raros se han observado esos *síncopes*, que segun los autores antiguos, eran uno de los signos mas constantes y mas notables de la pericarditis.

Por último, los *trastornos digestivos* mas ó menos marcados, segun la intensidad de la calentura, la anorexia, la lengua pastosa, la sed, á veces un poco de diarrea, los *sudores* mas ó menos abundantes y la *disminucion del flujo menstrual* con algunos dolores hipogástricos, hé aquí los fenómenos principales que se observan en esta enfermedad, que está generalmente acompañada de un ligero movimiento febril.

Otros muchos autores han observado sintomas de agitacion mucho mas considerables, como la imposibilidad de guardar una posicion, el estado de contraccion de las facciones, la palidez de la cara, el aire de terror, los movimientos convulsivos, el delirio y la infiltracion de las extremidades; pero estos sintomas se hallan principalmente en los casos en que la pericarditis se desarrolla en el curso de otra enfermedad aguda, en cuyas circunstancias presenta esta afeccion muchisima gravedad.

Finalmente, se han examinado con atencion las *cualidades de la sangre* sacada por la sangria, y en general se la ha encontrado cubierta de una costra mas ó menos gruesa y el coágulo era consistente.

Formas particulares de la enfermedad. Pericarditis seca. Se han observado casos de pericarditis seca durante todo su curso, y Stokes entre otros ha citado muchos; sin embargo, esta forma es rara y escepcional, y los casos de este género se distinguen de los demás en que, en igualdad de circunstancias, el sonido á macizo es mucho menos estenso, el impulso del corazon es fuerte, se perciben bien los sacudimientos de las paredes torácicas, los latidos del corazon son superficiales, y es muy marcada la frotacion pericardítica.

Pericarditis reumática. Heyfelder (1) ha descrito con este título una pericarditis, que segun el exámen de las observaciones no nos ha parecido que haya presentado ninguna particularidad que obligue á admitir semejante distincion. La pericarditis que sobreviene en el curso de los reumatismos articulares, lo mismo que en el de todas las demás enfermedades, es mucho mas grave que la que se manifiesta en sugetos que están en sana salud; pero en lo que respecta á sintomas, diagnóstico, curso de la enfermedad, etc., no tiene nada que le sea especial.

(1) Heyfelder, *Heibeld. clin. Annal.*, t. X, y *Arch. gen. de med.*, 2.^a série, t. VII.

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

La pericarditis puede seguir en sus principios un *curso* mas ó menos rápido, pero deben quedar dudas acerca de la existencia de las invasiones repentinas. En ciertos casos esta enfermedad marcha con suma rapidez, como en una observacion que cita Andral (1), en la cual ha terminado en veintisiete horas; pero estos casos son raros, y en general el curso de la enfermedad, aunque bastante agudo, hace progresos graduados. Las *accesiones* de disnea y de palpitaciones vienen por un momento á producir exacerbaciones mas ó menos manifiestas, pero no por eso hacen variar de un modo sensible el curso ascendente que es propio de la afeccion.

La *duracion* de esta enfermedad varia mucho, segun que se consideren los casos de pericarditis simple ó de pericarditis complicada, puesto que en estos puede terminar muy pronto por la muerte, como ha sucedido en el ejemplo que acabamos de citar, al paso que en los otros, despues de haber durado de quince á veinte ó veintidos días, empieza á disiparse gradualmente.

Apenas creemos necesario hablar de la *terminacion*, puesto que de todo lo que acabamos de decir se deduce que en los casos en que la enfermedad existe sin complicacion, y en un sugeto que gozaba al ser invadido de buena salud, la curacion es el resultado casi constante (2). Mas adelante veremos la parte que corresponde al tratamiento en esta curacion mas ó menos pronta. Por el contrario, en los casos de complicacion ocurre la muerte con frecuencia, sobre todo si la pericarditis se ha desarrollado en el curso de un reumatismo articular violento ó de una enfermedad del corazon, que ha llegado á un grado bastante intenso.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas varían, segun la época de la enfermedad en que ha sucumbido el enfermo. En los primeros tiempos se halla en el pericardio una rubicundez mas ó menos viva, que es de bastante importancia cuando no ha habido ninguna hemorragia que haya podido comunicar á la membrana este tinte particular, y especialmente cuando existe en forma de puntitos ó de arborizacion. Pero es muy raro que se halle sola esta lesion, y lo mas comun es que se encuentre á lo menos una capa de falsas membranas blandas, amarillentas ó de color blanco agrisado, que ocupan mayor ó menor estension de la superficie serosa. En los casos en que no existe la rubicundez, no por eso se debe creer que no ha habido inflamacion, porque como lo ha

(1) Andral, *Clin. med.*, 3.^a ed., t. III, 4.^a observacion de pericarditis.

(2) Creemos que debemos hacer abstraccion de algunos casos puramente escepcionales, y cuya simplicidad no está perfectamente demostrada.