



Endocarditis crónica

Agustín Escarrá y Janer

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

TESIS DEL DOCTORADO

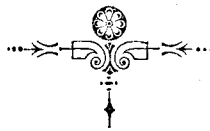
ENDOCARDITIS CRÓNICA

POR

Agustín Escarrá y Janer

Ex-interno (por oposición) del Hospital de la Santa Cruz

Licenciado en Medicina y Cirugía (primera nota) en Barcelona y Junio de 1893



BARCELONA

IMPRESA UNIVERSAL DE JUAN BAUTISTA LLOP

Nueva de S. Francisco, 49

1893.

Leída en la Universidad Central el día 30 de Junio de 1893;
y admitida y aprobada por el Tribunal censor, compuesto
de los Doctores.

- D. BENITO HERNANDO (*presidente*).— *Catedrático de Terapéutica y Materia médica.*
D. TEODORO YAÑEZ. *id.* *de Medicina Legal y Toxicología.*
D. JOSÉ RIBERA. *id.* *de Clínica quirúrgica.*
D. ARTURO REDONDO. *id.* *de Patología médica.*
D. ADOLFO MORENO POZO. *id.* *de Anatomía quirúrgica.*



EXCMO. SR.:

SEÑORES:

Nada más fácil y tentador que el escogitar, para tema de nuestra disertación, uno que en sí llevase involucrada la idea del desarrollo de una tesis puramente doctrinal y de carácter filosófico, la única en que cabe hacer gala de originalidad y exponer hipótesis y teorías peregrinas; pero también nada más fácil que el hollar incompasivamente la verdad científica y el dejar entrever, en esas mismas hipótesis y teorías, por el hecho de ser originales, el ropaje con que la moderna pedantería suele hacer sus frecuentes apariciones, y no el cuerpo de doctrina donde deben de inspirarse los actos de fines prácticos y utilitarios, que en resumidas cuentas son el objetivo primordial de nuestra ciencia. En el estudio de las ciencias biológicas, como en el de las eminentemente prácticas, debe de relegarse á un lugar muy secundario y sospechoso todo cuanto no sea hijo legítimo de la más concienzuda experimentación. El inmoderado afán por sentar nuevos principios, el prurito de un mal comprendido lucimiento y el espíritu á la controversia sistemática, siempre serán obstáculos insuperables á las corrientes del verdadero progreso científico. No debiéramos de ofuscarnos con tanta frecuencia ante la idea halagadora del invento, porque éste está reservado á ser patrimonio exclusivo de aquellos pocos que menos van en pos de él, pero que más en alto grado poseen lo que les aproxima á Dios: la potencia creadora, el génio. Pero lo que á menudo conduce á usurpar las atribuciones de estos últimos, más que una obcecación que impida reconocer los dones que son precisos para trastornar favorablemente el orden constituído de las cosas, es un craso error que se complace en labrar el pedestal donde poder ostentarse la humana vanidad, que á todos y á cada uno de por sí mantiene la ilusión de sospecharse incluidos en el menguado número de los predestinados. Cualquiera cuestión técnica expuesta en el seno de las doctas corporaciones, como cualquier hecho insólito de carácter epidémico que azote á las multitudes, es pretexto abonado para suscitar debates y pareceres, que se caracterizarán, no por tener una misma unidad de miras, no por correr parejas

con un racional criterio, pero sí por ser tantos en número cuantas sean las individualidades lanzadas impremeditadamente al palenque. Que los médicos tengan opiniones, es muy natural y viejo; que ellas son múltiples y exageradas, tampoco es nuevo; pero que sean encontradas y en su mayoría opuestas, es cosa muy lamentable. El médico joven que consagra toda su atención á los problemas científicos, hasta el punto de convertirse en su propio esclavo, cae en un mar de confusiones siempre que aquéllos se refieren á casos por él no vistos ni comprobados en las salas del Hospital; las mil y una soluciones que á dichos problemas se dan, acaban por trocar su entusiasmo científico por el más cruel de los excepticismos. Y si á esto viene á parar quien más bien se halla dispuesto para lo contrario, no es de extrañar que el vulgo, de suyo desconfiado por lo que á Medicina toca, se ponga más receloso cada vez que se le ofrece ocasión de contemplarla de cerca y de enterarse de nuestras dudas y contradicciones, que hacen temer por el buen prestigio de la ciencia cuando en realidad el mal está en los sacerdotes de la misma. Si algunos de éstos mirasen á aquélla con el respeto que se merece, y, olvidándose de su personalidad, estudiasen sus más culminantes preceptos con la cerviz doblada, tal como lo exige la huella del génio; si la mayoría tuviera por inviolables á muchos de sus principios, en vez de quererles imprimir torcida marcha por derroteros al azar; y si todos, cada uno de por sí, nouviésemos la ridícula pretensión de mirarnos como elegidos para la resolución de determinados problemas, no sucedería lo que de paso estamos lamentando y que indefectiblemente será la causa de que la ciencia permanezca estacionaria en su continua evolución, ó de que vuelva atrás. Conténtense todos con ser intérpretes fieles, que no es poco, y concrétense los más solo á seguirla y obedecerla, que tampoco es tarea fácil: sea cada cual un brazo que ejecute y no un cerebro que dicte; que cuando haya alguno destinado á trocar los papeles, ya se abrirá paso para dejar oír su voz; y entonces, en vez de levantarse todos para contestarle á un tiempo, como si se tratase ni más ni menos que de lavar una herida del propio orgullo, callar es lo que importa, consultar con la madre fuente, comparar, y ver si el reciente chorro es digno hermano de los que por aquélla emanan: meditar, sancionar..... y fallar.

Para no concurrir, pues, con nuevo grano de arena á engrosar esos censurables obstáculos, y para no incurrir en el delito de una innovación no consolidada por los méritos que son menester, nos decidimos á desenvolver nuestro trabajo reglamentario bajo un tema que podrá no suscitar grandes polémicas, no predisponer á la divagación de ideas, no ser pródigo en emociones y sorpresas, pero cuya capitalísima y escepcional importancia tiene en su favor los sufragios de aquellos á quienes no se les oculta la gran utilidad que á muchos prácticos pudiera reportar una recopilación de las *endo-*

carditis crónicas en un solo capítulo, redactado con estilo sencillo, dispuesto con un plan y método lo más claros posible, consagrado sólo á lo decisivo y concluyente, y ajeno á los detalles supérfluos y á las ampulósidades de relumbrón, que siempre han de redundar en menoscabo de la sencillez, concisión y claridad de que tanto necesitan las cuestiones teórico-prácticas.

Esto es lo que nosotros nos hemos propuesto; pero ¿nos ha sido dable conseguirlo en todos sus puntos? Juzgue y dígalo el doctísimo cuanto respetable tribunal.

Empecemos ante todo por las imprescindibles nociones de

ANATOMIA Y FISILOGIA NORMALES DEL CORAZON

Para poder sentar con precisión un diagnóstico diferencial de todas las formas de endocarditis, conviene que el clínico tenga muy presente que el corazón es un órgano doble, muscular y hueco, cuya situación en el mediastino medio afecta alguna inclinación hacia el lado izquierdo; su forma semeja la de un cono invertido, y sus dimensiones en el adulto alcanzan doce centímetros la longitud, diez la anchura y seis el grosor; la superficie interna, revestida por una membrana serosa denominada endocardio, ofrece en su parte inferior dos compartimientos, que vienen á constituir el cuerpo de la bomba aspirante impelente cuyas veces hace el corazón: estas dos cavidades, derecha é izquierda é incomunicantes entre sí, se llaman ventrículos, y su cubicación es mucho mayor que la de las aurículas, que forman el recipiente y son otras dos cavidades contiguas, incomunicantes entre sí en la vida extra-uterina y situadas cada una inmediatamente por encima del ventrículo respectivo, con los cuales comunican.

En la aurícula derecha se encuentran el orificio de la vena cava superior, el de la vena cava inferior, el coronario y el aurículo-ventricular; además, la válvula de Eustaquio y la de la vena coronaria. Esta aurícula se encuentra por detrás del tercer cartilago costal derecho, quedando en parte cubierta por el pulmón del propio lado.

La aurícula izquierda ofrece los orificios correspondientes á las cuatro venas pulmonales y el orificio aurículo-ventricular izquierdo. Dicha aurícula corresponde al tercer cartilago intercostal izquierdo.

En el ventrículo derecho se observan los orificios aurículo-ventricular y ventrículo-arterial; además, la válvula tricúspide para el primero y las válvulas semilinares ó sigmoideas para el segundo. Este ventrículo está situado por detrás del esternón, y extendido desde el tercer cartilago al sexto, y desde la fusión costo-cartilaginosa izquierda á la línea esternal de la región precordial, que es un cuadrado imaginario donde está encerrado el

corazón y parte de los grandes vasos, y se le supone limitado por una línea horizontal superior, que corre al nivel del segundo espacio intercostal izquierdo; otra horizontal inferior, superpuesta al quinto espacio; una vertical interna ó esternal, que marcha paralela, á un centímetro de distancia, con el borde derecho del esternón; y otra línea vertical externa ó mamilar, que pasa por encima del pezón y vá del segundo espacio al quinto. La situación de la válvula tricúspide está entre el tercer cartílago izquierdo y el quinto cartílago derecho. La de las sigmoideas pulmonares corresponde al borde superior del tercer cartílago derecho.

El ventrículo izquierdo presenta los orificios aórtico y aurículo-ventricular, con la válvula mitral ó bicúspide en éste y las válvulas sigmoideas ó semilunares en aquél. Dicho ventrículo se extiende desde el tercer espacio intercostal hasta el quinto, y desde la unión cartílago-costal izquierda hasta la línea mamilar de la región precordial, cual región, dicho sea de paso, acusa una macidez cuya zona no tiene vertical y horizontalmente más allá de seis centímetros, pues si bien el corazón ocupa aquélla en casi su totalidad, éste se halla en algunos puntos recubierto por los bordes pulmonales y relacionado con la región gástrica, lo cual es causa de que aparezca sonoro lo que debiera de ser macizo y de que el vértice del órgano, que late en el quinto espacio y por dentro de la línea axilar, lo haga alguna vez por fuera de ésta ó por encima de aquél. La situación de la válvula mitral está entre el cuarto cartílago izquierdo y el borde izquierdo del esternón. Las sigmoideas aórticas están situadas por detrás del esternón y en el sitio por donde se manifiesta el borde inferior del tercer cartílago izquierdo. (1)

*
**

Este admirable recipiente, con sus diversos compartimientos y sus orificios de comunicación y sus válvulas que á éstos abren y cierran alternativamente, asuma en sí todas y cada una de las sinergias orgánicas y funcionales que en conjunto armónico concurren al mantenimiento de la vital animalidad. La sangre que directamente, ó por endósmosis, ó por diapédesis, fué absorbida por las células musculares y nerviosas, para apropiarse éstas los elementos útiles á su nutrición y desarrollo, es segregada y devuelta á través de las mismas y en virtud de mecanismos análogos á los de cuando se absorbiera, pero desprovista ya de aquellos principios regeneradores á trueque de otros nuevos y perjudiciales. En esta su nueva composición, y para

(1) La circunferencia de los orificios del corazón, salvo diferencias individuales y según Luschka, es de 10 cm. la del aurículo-ventricular derecho, de 8'5 cm. la del idem id. izquierdo, de 8 cm. la del de la arteria pulmonar, y de 7 cm. la del aórtico.

tornarla á su pristino estado, es recogida por las primeras é innumerables ramificaciones venosas, las cuales, de anastómosis en anastómosis, disminuyendo en número lo que aumentando van en diámetro, la arrastran por su interior y la impulsan en corriente centrípeta hácia el corazón derecho, cuya aurícula, impresionada por la presencia del líquido que recibe de las venas cavas, se contrae, entra en sístole y allega nuevas fuerzas á la onda sanguínea, que se ve obligada á precipitarse por el orificio ventricular y á rellenar el ventrículo correspondiente, después de vencer la resistencia que, á guisa de obstáculo, opusiera á su paso la válvula tricúspide. Recogida ya la sangre en el ventrículo derecho, éste, por la irritabilidad vaso-motriz que en tan alto grado disfruta, también se contrae fuertemente, cuyo triple efecto se traduce en el cierre de la válvula tricúspide—que vuelve á oponerse al paso de la sangre nuevamente derramada en la aurícula,—en el desprendimiento de las válvulas sigmoideas—que ceden y dejan abierto el orificio ventrículo-arterial, á través del cual sale la impelida onda y gana la arteria pulmonar—y, finalmente, en la inmediata vacuidad del ventrículo con su subsiguiente dilatación, ó diástole, que, cual acto aspirante, secundado por la contracción del vaso pulmonar, atrae y mantiene aplicadas las sigmoideas, y queda el ventrículo otra vez en condiciones de recibir de la aurícula una cantidad de sangre igual á la que de su interior acaba de expulsar, y con la que hará idéntica operación empleando los mismos procedimientos. La sangre, una vez dentro del vaso pulmonar que tiene origen en el ventrículo derecho, y que se llama arteria por su posición eferente, por más que debiera llamarse vena por la calidad de la sangre que contiene, es llevada desde el corazón hasta la ténue y débil red capilar que se distribuye por el interior de las vesículas pulmonales, y á las que llega no con intermitencia, no por sacudidas, cual pudiera desprenderse de la clase de movimiento rítmico que del motor recibiera, sino que, gracias á la acción contráctil de la membrana muscular de los pequeños vasos, se desliza en corriente continua por entre las tónicas intra-alveolares y se trasforma allí, soltando el ácido carbónico que la impurifica, y que sale con la expiración al exterior, y tomando el oxígeno que la enrojecé, y que, con la inspiración, del exterior viene. Habiéndose transformado ya la sangre venosa en arterial y trocádose su color negruzco por un color rojo rutilante, es recogida de entre las mallas del tegido—previo movimiento osmósico—y trasportada á la aurícula del corazón izquierdo por los vasos pulmonares, llamados venas no por la clase de sangre que por su interior circula, pero sí por su aferente disposición. Ya en la aurícula izquierda, todo sucede como en el corazón derecho; es decir: la aurícula se contrae, ábrese la válvula mitral, el ventrículo se rellena, entra en sístole, y las sigmoideas se separan del orificio que dá acceso á la arteria aorta, por dentro de la cual la columna líquida se precipita y no se pára has-

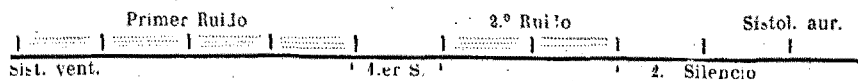
ta las últimas é innumerables ramificaciones arteriales, en donde presta á los tejidos los elementos que para su nutrición necesitan, y en donde, después de esto, las primeras é incontables ramificaciones venosas volverán á recogerla y encauzarla para... vuelta á empezar.

Entre el punto de arranque de la aorta y la terminación de las venas cavas, queda, pues, comprendido el trayecto que ha de recorrer la sangre impulsada por el corazón izquierdo, ó, mejor dicho, por el ventrículo del mismo nombre, dando lugar á la llamada circulación magna. El trayecto que vá desde el comienzo de la arteria pulmonar al desagüe de las venas pulmonales, es el que recorre la sangre impelida por el ventrículo derecho cuando se verifica la pequeña circulación. Esto explica el por qué el izquierdo enferma con muchísima más frecuencia que el derecho, pues que el esfuerzo desplegado por uno y otro ventrículo, para lograr una y otra circulación, dista mucho de ser el mismo, (1) por más que la contracción de ambos sea simultánea y por más que también se haga con isocronismo el diástole de los dos—el cual diástole es además simultáneo á la contracción que marca el comienzo de la revolución cardíaca, esto es, á la contracción isócrona de las dos aurículas.

*
* *

De intento hemos mentado la *revolución cardíaca* para dedicarla cuatro palabras antes de entrar al estudio de la patología del corazón, cual estudio resultaría algo embrollado si prescindieramos de lo que previamente respecto á aquélla vamos á exponer.

En el corazón, en su estado normal y á expensas de su peculiar funcionalismo, se engendran ruidos, llamados valvulares, que alternan con períodos de tregua, ó silencios; pues bien: el tiempo empleado por el corazón en producir unos y otros, es lo que se conoce con el nombre de revolución cardíaca. Antes hemos dicho que ella empezaba cuando el sístole auricular, y, efectivamente, así es en buena Fisiología; pero en buena Clínica, es todo lo contrario: para el clínico la verdadera revolución cardíaca no comienza á serlo sino en el preciso instante del sístole ventricular, y acaba cuando la contracción de las aurículas. Podemos representarla por una línea recta dividida en diez partes iguales,



de la que cuatro partes corresponden al 1.º ruido ó sistólico, una al 1.º silencio ó post-sistólico,

(1) Según Faivre, la presión sanguínea sobre la mitral es de 116 mm. y sobre la tricúspide solo de 28.

dos al 2.º ruido ó diastólico y tres al 2.º silencio ó post-diastólico.

El 1.º ruido es largo, grave, profundo, y, propagándose en dirección de la corriente, presenta su mayor foco de intensidad en la punta del corazón, con cuyo latido, y con el pulso arterial, es isócrono. En realidad, por más que en el estado fisiológico no es posible percibirlos aisladamente, este ruido es el producto de la asociación de dos en un solo tiempo, ya que son dos las válvulas que al cerrarse lo originan: una es la mitral, cuyo punto de auscultación es el quinto espacio intercostal izquierdo, debajo del pezón, y la otra es la tricúspide, que debe de auscultarse en la base del apéndice xifoides.

El 2.º ruido es más claro, más superficial y la mitad más corto que el primero; su mayor foco de intensidad se percibe hacia la base del corazón, y no puede coincidir con el latido cardíaco, ni, por consiguiente, con el pulso arterial, por cuanto dicho ruido es la significación del diástole ventricular, de la contracción de las arterias pulmonar y aorta, y del cierre de todas las válvulas sigmoideas, cuyos puntos de auscultación corresponden, el de las aórticas, á la unión de la primera pieza esternal con la segunda, el de las pulmonares, sobre el segundo espacio intercostal izquierdo, á dos centímetros del borde esternal—gracias todo á la dirección anterior ascendente y al entrecruzamiento de los dos vasos-arteriales.

El espacio de tiempo que media entre el primer ruido y el segundo, se traduce en el 1.º silencio, que es breve, muy breve, como representación del único instante en que la sangre enfile por las dos grandes arterias, cual instante se halla comprendido entre la próxima pasada contracción ventricular y la próxima venidera contracción arterial. El tiempo que transcurre desde la inmediata extinción del 2.º ruido hasta la primera manifestación del primero, se mide ó está representado por el silencio segundo, ó gran silencio, cuya duración—triple á la del primer silencio—es la que necesita la sangre para salir de las aurículas é ingresar en los ventrículos.

Estos dos silencios son otros tantos períodos de tregua en el funcionamiento cardíaco; por ellos nos convencemos de que el corazón, órgano al parecer en incesante actividad, descansa lo menos tanto como cualquier otro órgano.



ENDOCARDITIS CRÓNICA

(de válvulas y orificios)

Los antiguos creían que el corazón, dada su nobleza, no podía jamás sufrir inflamación ninguna sin que la vida dejase de extinguirse inmediatamente; error motivado, de una parte, por lo empírico de la técnica diagnóstica de su tiempo, y, de otra parte, por la falta casi absoluta de investigaciones necrópsicas. A medida que éstas se han ido repitiendo, y á medida que aquélla se enriquecía con útiles aparatos y racionales procedimientos, la ciencia del diagnóstico ha ido avanzando, avanzando, hasta llegar á ser, en nuestros días, casi el *desideratum* á que siempre ha aspirado en sus continuas y progresivas evoluciones; lo cual contrasta de una manera harto lamentable con la Terapéutica, que, por lo que á Medicina interna se refiere, no se diferencia de la de nuestros antepasados más que en el número incommensurablemente grande de sus agentes, preconizados como bienhechores de la humanidad doliente, cuando en realidad muchos vienen á constituir el mártirilogio de la conciencia de aquel á quien se ha confiado el alivio ó curación de la dolencia; y no pocos vienen á ser hijos de la inventiva de los que—esperando de ella lucro y fama—apenas si se llaman boticarios. Y es más de lamentar el atraso de nuestra terapéutica, y resulta más doloroso el contraste, cuando se la parangona con la llamada terapéutica quirúrgica, la cual, gracias al genio de Lister—ese Ricardo Wagner de la moderna Cirugía,—es el áncora del verdadero progreso de la medicina externa y es el mejor argumento en pro de su indiscutible supremacía dentro todas las ciencias médicas.

Pero dejémonos de digresiones—que no permite la índole de este trabajo—y volvamos á la endocarditis. Las primeras noticias que de ella se tienen datan de principios de este siglo, siendo Kreysig, según los alemanes, el primero que hizo su descripción, por más que, al decir de los franceses, este honor debe de prodigarse á Bouillaud.

Por su marcha se distinguen tres clases de endocarditis: la aguda ó séptica, la sub-aguda ó verrugosa y la crónica ó reactiva. La segunda no merece ningún capítulo aparte, porque, aunque comienza siendo exclusivamente parietal, en cuyo estadio es indistinguible, termina siempre por afectar válvulas y orificios, y pasará, por lo tanto, á ser endocarditis crónica, ó, á lo ménos, habrá sido un elemento etiológico de la misma, cuyas distintas maneras ó formas en manifestarse será materia para los siguientes capítulos.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Por el sitio en que se encuentran las lesiones propias de la endocarditis, se admiten de ésta varias clases, que por otra parte, corresponden á otras tantas formas clínicas perfectamente diagnosticables. Sin embargo, aunque raramente, puede suceder que no haya perfecta correlación entre las lesiones necroscópicas y el cuadro sindrómico anteriormente presentado, y vice-versa; las alteraciones de tejido no habrán ido siempre acompañadas de desórdenes funcionales, y las manifestaciones endocárdicas podrán alguna vez hacerse patentes sin menoscabo notorio del tejido que habremos de suponerle afecto necesariamente: tal sucederá cuando se nos desenvuelva el cuadro clásico de una insuficiencia valvular y, no obstante, no haya tal insuficiencia, sino que ésta resulta, no por dejar de mantenerse sana la válvula, no por haberse acortado ó retraído, pero sí por haber aumentado en sus diámetros el orificio correspondiente. Pero, en fin, dejando lo accidental, diremos que en pocos órganos se encuentran huellas tan elocuentes y características de la inflamación que padecieran, como las ofrece el corazón.

Desde luego llama la atención el aumento de volumen, que obedece en poquísimos casos á la hiperplasia, más frecuentemente á la dilatación y casi siempre á la hipertrofia; de aquí se infiere que el miocardio no permanece indiferente, sino que, por el contrario, puede coexistir la miocarditis; tanto, que no es raro descubrir la existencia de un aneurisma cardíaco crónico acarreado por la degeneración fibrosa, así como no falta quien pretenda (Rindfleisch) que todas las inflamaciones crónicas, fibro-plásticas, del miocardio, se derivan de una endocarditis crónica preexistente. Pero donde debemos dirigir nuestras investigaciones es en el endocardio. Sus puntos inflamados se presentan opacos, empañados, con una inspicitud, una condensación y una consistencia que recuerdan las de los tendones y cartílagos, y que han valido el nombre de esclerosa á la endocarditis reactiva de Virchow. En las partes del endocardio que sufren más la excitabilidad mecánica de la corriente sanguínea, se observa hiperplasia celular, ó sea, un engrosamiento originado por un aumento de células conjuntivales, que es causa también de una nueva formación de substancia filamentososa, pero en tan buena propor-

ción, que ambas sustancias vienen á constituir un tejido mucoso, ya que las primeras células no exceden jamás del número pasado el cual resultaría un producto purulento. Las vegetaciones y excrescencias, compactas y duras, que constituyen el engrosamiento, tienen gran tendencia á la retracción y acaban frecuentemente por ser asiento de calcificaciones y degeneraciones grasientas.

Si nos fijamos en las dilataciones de que son objeto los vasos situados por debajo de las vegetaciones cardíacas y si tenemos en cuenta los fenómenos que preceden á la inflamación de la generalidad de los órganos, nos inclinaremos á admitir la posibilidad de que la endocarditis comience por un acto hiperémico; con todo, bien pudiera suceder que se tomara por tal lo que no pasa de ser una simple coloración roja, efecto de la imbibición por la materia colorante de la sangre. Lo que está fuera de toda duda, es que las primeras alteraciones apreciables en el tejido del endocardio, son de naturaleza parenquimatosa. El tejido intersticial se hincha, se vuelve casi gelatinoso; las células del tejido conjuntivo se tumefactan; los endotelios se desgastan y reblandecen; con todo lo cual viene la elevación del punto inflamado sobre el nivel del tejido sano, y quedan de esta suerte preparados los que han de ser cimientos de las próximas y futuras vegetaciones; á mayor abundamiento, no tardan las células del tejido conjuntivo en experimentar una proliferación acompañada de la emigración de leucocitos procedentes de los vasos próximos, y así se explica la exuberancia con que hacen su crecimiento las excrescencias endocárdicas y la superabundancia de células en el tejido inflamado, superabundancia que contrasta con el número que de las mismas está provisto el tejido normal; á consecuencia de ello, forzosamente ha de resentirse la integridad de las células de la cubierta endotélica, y, en efecto, bien pronto dan fé de esas alteraciones los procesos de segmentación y de proliferación que aparecen en ciertas y determinadas partes, así como en otras bien se notan tumefacciones, enturbiamientos, desprendimientos de células aisladas y metamorfosis grasosas, que, á semejanza del ateroma de las arterias, pueden dar lugar á perforación en distintos puntos; alteraciones en las cuales debe de buscarse la explicación del por qué los puntos inflamados del endocardio se cubren á veces de precipitados compactos que se han separado de la sangre al pasar ésta por el corazón, pues, Zahn por un lado y Brücke por otro, han demostrado que toda alteración en el endotelio vascular tiende á la producción de trombus en los sitios afectos, así como la integridad en las células endoteliales es garantía suficiente para la permanencia de la sangre en estado líquido.

Los sitios predilectos de las lesiones se encuentran en la línea de oclusión de las válvulas, por más que puede existir indistintamente en otros puntos del endocardio y hasta invadirlo todo, puesto que no es raro que la

endocarditis crónica propiamente dicha; ó de válvulas y orificios, proceda de una sub-aguda parietal—en cuyo caso las paredes acusarán vestigios de vegetaciones y excrescencias de forma más ó menos verrugosa—ó provenga de un estado agudo que no llegara á resolverse, y entonces no será difícil encontrar en algunos puntos del endocardio la ulceración, ó bien cierta tendencia á ésta, ó bien cicatrices que revelen haber ella allí existido en época más ó menos lejana. Por otra parte la endocarditis crónica tiene gran propensión á las recrudescencias agudas, en cuyo estado Virchow la denomina endocarditis reactiva recurrente. Pero, sea como fuere; en la inmensa mayoría de los casos, por no decir en todos, las lesiones se ceban en los elementos valvulares; y dan lugar ya á insuficiencia de las válvulas, ya á estrechez de los orificios cardíacos, ya á ambas cosas á la par, siendo el corazón izquierdo el que en la vida extra-uterina más á menudo sufre los efectos de la inflamación crónica, mientras que el derecho—más expuesto, por otra parte, á sufrirlos en la vida intra-uterina,—cuando enferma de inflamación, lo hace porque ésta está predominante ya en el izquierdo. La válvula que más comunmente se afecta es la mitral, siguen en orden de frecuencia las aórticas, y luego, muy raramente, la tricúspide y las pulmonares.

La insuficiencia puede ser ocasionada por la rotura, desgarró, engrosamiento y retracción de los filamentos tendinosos; por adherencias de las válvulas con las paredes de los ventrículos, con las de la aorta y con las de la arteria pulmonar; por degeneración fibrosa de los músculos papilares, y por vegetaciones endocárdicas de algún tamaño.

En la estenosis de los orificios se encuentran procesos retractivos en el anillo de inserción, y también en el borde libre de las válvulas; engrosamiento y calcificación de las válvulas, lo cual hace que éstas no se dejen rechazar por la columna sanguínea; adherencias de las válvulas entre sí, y vegetaciones endocárdicas en las mismas.

Puede que exista solamente la insuficiencia, pero lo común es encontrar insuficiencia de la válvula con estenosis del orificio correspondiente; en cambio, casi nunca existe la estrechez del orificio sin la insuficiencia de su válvula, á no ser que el grado de oclusión de aquél sea relativamente mayor al grado de acortamiento de ésta, en cuyo caso, y á pesar de sus lesiones, la válvula resultará suficiente para cerrar su orificio y tendremos un ejemplar de estenosis con suficiencia; con suficiencia, sí, pero relativa, que por otra parte está en contraposición á la relativa insuficiencia que se observa cuando el orificio ha aumentado simplemente su luz y la válvula conserva su estructura y dimensiones normales. No se concibe, pues, una estenosis sin insuficiencia; lo cual nos demuestra que la lesión causal casi siempre se inicia en los bordes valvulares, necesitando un largo espacio de tiempo para

invadir la base y estrechar allí el orificio vascular; es decir, al principio se presenta la insuficiencia sola. No obstante, en clínica á menudo vemos predominar una ú otra forma, por más que anatómicamente existan ambas 7 la vez.

FISIOLOGIA PATOLÓGICA

Sabemos que el corazón, tanto en su parte derecha ó de sangre negra, como en su mitad izquierda ó de sangre roja, es una bomba de doble efecto: aspira el líquido, lo impele en los árboles respectivos y le comunica de continuo la fuerza indispensable para bien recorrerlos; y todo lo hace con mesura proporcionada, siempre con ritmo, mientras se mantiene la integridad de todas sus piezas y de las partes ó elementos de que se compone cada una de ellas. Desde el momento en que se altera su manera de ser, pueden surgir obstáculos que perturben el perfecto desempeño de la función, ó amenacen acabar pronto con las sinergias del aparato, si éste no redobla sus esfuerzos para neutralizar, vencer, ó contrarrestar el desorden inusitado. Esto ocurre cuando á alguna válvula, al ponerse tensa, no le es dable cerrar completamente el orificio á que corresponde, sino que limita cierto espacio á través del cual revuelve la sangre hacia el lugar de donde viniere; esto ocurre, también, cuando algún orificio, en vez de dilatarse convenientemente, tiene que luchar con la rigidez de las paredes, que necesariamente le ponen en condiciones de restar una parte de la columna líquida que por él y tangencialmente á sus bordes pasara. El resultado siempre es el mismo: cantidad exagerada de sangre y, consecutivamente, mayor presión sanguínea en el campo de los vasos situados por delante de la válvula que no cierra ó del orificio que no se ensancha; y cantidad menguada de sangre, con presión insignificante, en el recipiente ó vaso cuya situación esté por detrás del orificio estrechado ó de la válvula defectuosa.

Veamos cómo se suceden las cosas en algunas de las distintas formas que puede adoptar la endocarditis crónica.

Insuficiencia de la mitral.—La sangre llevada por las venas pulmonares á la aurícula izquierda, pasa sin dificultad al ventrículo; mas cuando éste se contrae, no toda la sangre que contiene enfla por la aorta, sino que una parte retrocede por el mal cerrado orificio auriculo-ventricular y afluye otra vez en la aurícula, que se ve precisada á sumar la cantidad á ella devuelta con la cantidad normal que en el mismo momento recibe de las venas, si bien el desagüe de éstas ya no se verifica con la facilidad de antes, en razón á que el éxtasis auricular se propaga á las venas pulmonales, de éstas á los capilares del pulmón, y, sucesivamente, á la arteria pulmonar, al ventrículo derecho, á la aurícula derecha y á las venas cavas, cuyo sistema estará exce-

sivamente repleto de sangre, puesto que la aorta no la recibe sino en escasa cantidad y la presión en el sistema arterial es extraordinariamente pequeña. De esta manera, pues, la circulación se perturba hasta paralizarse. Sin embargo, antes de llegar á tal extremo, el corazón se defiende, saca de su fibra muscular las energías potenciales de que está dotada y redobla su actividad para contrarrestar los efectos de los obstáculos que se oponen al desempeño de su importante función. Por eso vemos que la aurícula izquierda, para acaparar la sangre que á ella por un lado regurgita y por otro lado aportan las venas pulmonares, se dilata; y como que de aquella regurgitación y consiguiente estancamiento participa el trayecto vascular que vá de la aurícula izquierda al ventrículo derecho inclusive, por todo este territorio también la dilatación se extiende; y como que en el ventrículo derecho iría á retratarse el máximum de estancamiento, y al decir estancamiento dicese aumento de presión sanguínea, á la dilatación de dicho ventrículo sigue la hipertrofia del mismo, sin cuyo requisito no quedaría equilibrado el aumento de presión dentro de la arteria pulmonar, ni se podría evitar el extasis sanguíneo de la aurícula derecha y sistema venoso que en ella tiene origen. De manera que, en este caso, la hipertrofia compensadora del defecto valvular la sufrirá el ventrículo derecho; con todo, á veces también se dilata é hipertrofia el ventrículo izquierdo, lo cual obedece, en primer lugar, á la hipertrofia del ventrículo derecho, que aumenta la presión de la sangre en el interior de la arteria pulmonar, de los capilares del pulmón, de las venas pulmonales y de la aurícula izquierda, pasando la sangre de ésta al ventrículo de igual nombre con una presión considerable; y, en segundo lugar, al esfuerzo que el propio ventrículo izquierdo hace para que su sangre encuentre sitio otra vez en la ya repleta aurícula.

Al refluir la sangre á la aurícula, lo hace rozando contra los bordes de la válvula mitral y produciendo, por lo tanto, un ruido semejante al que podríamos resultar soplando con cualquier fuelle ó con nuestros labios simplemente; es por esto que al tal ruido se le llama de soplo ó de fuelle, que en este caso substituirá al normal y será de primer tiempo ó sistólico, puesto que coincide con el sístole ventricular. Además en la aurícula izquierda, por el choque de las dos opuestas corrientes, tienen lugar remolinos de sangre que originan trepidaciones y ruidos anormales más ó menos bien definidos.

Estenosis del orificio mitral.—Cuando el orificio aurículo-ventricular está estrechado, la sangre no puede pasar con holgura desde la aurícula al ventrículo, ó, en otros términos, el sístole auricular resulta impotente para desalojar toda la sangre de la aurícula y hacer que ingrese en el ventrículo. De aquí resulta que el ventrículo izquierdo, y después la aorta, reciben una cantidad tan pequeña de sangre, que el primero, no teniendo sobre qué trabajar, se atrofia, viniendo á ser sus dimensiones las de una aurícula, y la se-

gunda, coarrugadas y algo aplanadas sus paredes, no trasmite á su sistema toda la tensión de que necesita. En cambio la aurícula izquierda se contrae larga y fuertemente, y su capacidad es aumentada de un modo extraordinario por la estancación sanguínea, que naturalmente también se propaga por los mismos vasos que en el caso anterior y llega á hacer sentir sus efectos al ventrículo derecho, que, como antes, se dilata primero y se hipertrofia después.

Al pasar la sangre forzadamente por el orificio, prodúcese un ruido áspero y largo, que no reemplaza á ninguno de los normales, sino que aparece después del segundo sonido y antes que el 1.º, razón por la cual podemosle llamar de tercer tiempo ó presistólico.

Insuficiencia de las válvulas aórticas.—En este caso, el ventrículo izquierdo, durante su diástole, está obligado á recibir la sangre que en cantidad normal fluye de la aurícula, y la sangre que, en virtud de la gravedad y de la contracción de la aorta, refluye de ésta por su mal cerrado orificio; es decir, el ventrículo recibe una cantidad de sangre mayor que la para que está dispuesto, y que, por consiguiente, exige la dilatación del recipiente para coger en él. Además, el repetido ventrículo, si la circulación no ha de sufrir trastorno, en cada acto sistólico hace entrar en la aorta una cantidad mayor de sangre, para lo cual se ve precisado á aumentar su potencia funcional á expensas de su masa muscular, y se hipertrofia. El ruido anormal será de segundo tiempo, puesto que se producirá durante el diástole ventricular y al cerrarse las válvulas aórticas; pero, además, á dicho ruido se le asocian simultáneamente otros, pues al pasar la sangre de la aorta al ventrículo, se encuentra con una cavidad ensanchada, en diástole, y se produce un remolino, que va en aumento cuando choca con la corriente procedente de la aurícula.

Estenosis del orificio aórtico.—El ventrículo izquierdo, contrayéndose un mayor espacio de tiempo, para contrarrestar la estrechez y poder surtir á la aorta de la mayor cantidad posible de sangre, acaba por hipertrofiarse enormemente; sus paredes aumentan de una manera notable, y á veces lo hacen ó expensas de su cavidad (hipertrofia concéntrica), sin que empero en este caso haya precedido la dilatación de aquéllas. Al pasar el líquido por el punto estrechado y al remolinarse luego en una parte más ensanchada, cual es la aorta, se produce un ruido sistólico.

Cuando las lesiones radican en el corazón derecho, la fisiología patológica es enteramente análoga á la del corazón izquierdo. Esto, y el ser extraordinariamente rara la endocarditis adquirida de válvulas y orificios del lado derecho, nos dispensa de su ligero esbozo.

ETIOLOGIA

La etiología de la endocarditis crónica es sumamente oscura; concurren á formarlas causas tan poco estables y en número tan reducido, que de la investigación de las mismas no surgen jamás aquellos datos de que ha de apropiarse el higienista para trazar la línea de conducta á los que deseen evitar un mal de la naturaleza del que nos ocupa. Quizás ello depende de lo poco que sabemos de su patogenia, pues que todavía no ha habido quién á la endocarditis crónica se atreviera llamarla parasitaria, como á la aguda. El día en que aparezca uno que así ose llamarla, y lo compruebe ó sostenga con hechos ó teorías sensacionales, desaparecerán para siempre las dudas de la etiología. Es claro: todo estado del individuo en virtud del cual se abra la puerta de entrada al futuro microorganismo—¡y cuidado si pueden ser los puntos de entrada!—, será causa de la inflamación crónica del endocardio. Así saldremos del paso y satisfeceremos á la par nuestro afán de querer explicárnoslo todo, haya ó no fundamento, y nos evitará además el tener que confesar lisa y paladinamente nuestra ignorancia. Aparte de que será todo ello muy cómodo: con decir que los esquizomicetos pueden desarrollarse primero en los bordes ó en el fondo de toda herida y ser después transportados al endocardio por las corrientes sanguínea y linfática, asunto concluído; y mejor aún si luego á la endocarditis resultante la denominamos endocarditis diftérica, ulcerosa, necrosante, maligna, destructiva, infectiva, micótica, bacterítica, ó micosis del corazón, tal como se ha hecho ya con la aguda, por más que al presentarse con tales caracteres haya sido sólo por haber evolucionado en el curso de aquellos procesos febriles y sépticos.

Lejos de nuestro ánimo el pretender negar la presencia de los tales parásitos en la endocarditis aguda, pero sí que nos asaltan grandes dudas cuando tratamos de reconocerlos como causa productora de dicha enfermedad. Bien pudiera suceder que los microfitos se multiplicaran en el endocardio por el solo hecho de presentarse éste inflamado, y no ser ellos la causa de la inflamación; y bien pudiera suceder que su presencia no fuese tan indispensable para lesionarse, cuando en la endocarditis crónica, con todo y ser en las más de las veces una consecuencia de la aguda y de tener ambas una anatomía y fisiología patológicas comunes, nunca se han encontrado hongos fisíperos. Es cierto que á veces la endocarditis se inicia en el curso de la fiebre consecutiva á los grandes traumatismos, á las lesiones que el parto determina en el aparato genital, etc., pero no es menos cierto que con gran frecuencia también explota durante la evolución de otras enfermedades, altamente piréticas, sí, pero sin que el más minucioso examen pueda

descubrir ni herida ni abertura alguna artificial por donde los fito-parásitos pudieran haberse introducido. Ya se ha dicho que en este caso entran los microbios por las vías aéreas y digestivas; mas el que abunde en tales extremos no le queda más remedio que el de compadecer á la humanidad ó el de inventar otra teoría que le explique el por qué de no ver un cardíaco en cada individuo. No faltará quien se lo explique admitiendo esta trilogía de factores: 1.º la existencia de los micrococos en la atmósfera; 2.º una ó varias lesiones en las mucosas de los aparatos respiratorio y digestivo; y 3.º que, en estas condiciones precisamente, sea el organismo presa de un proceso febril cualquiera; pero la concurrencia de todos estos factores, y algunos otros que aún fueran menester, constituirán siempre un cúmulo de casualidades que no nos servirán más que para incluir la endocarditis en el número de las enfermedades raras por excelencia; es decir, por huir del extremo que nos hacía ver un cardíaco en cada individuo, venimos á parar al de no ver ninguno, y respecto á esto ya sabemos lo que desgraciadamente nos dice la experiencia.

¿No fuera más meritorio, antes de acudir á las socorridas y vagas frases de *predisposición, terreno preparado, hábito tóxico*, y otras con que pretendemos disimular la impotencia de nuestra ciencia en la interpretación de ciertos y determinados fenómenos, como si en esta impotencia hubiese algo que trascendiera á delito, no fuera más meritorio, repetimos, confesar lisa y paladinamente nuestro relativo atraso científico, si es que le hubiere en la cuestión que se dilucidara? Así lo creemos nosotros, y cuenta que, cual médico moderno, militamos en las filas de las más modernísimas escuelas, pero, llevados siempre de un espíritu positivista, no nos alucinamos hasta el punto de admitir lo dudoso como cierto; no reluimos las hipótesis y teorías cuando como á tales son emitidas y cuando ni por un momento dejan de estar apoyadas por la fuerza de una lógica más ó menos acomodaticia, más ó menos convencional, pero lógica al fin. Si se nos obligara á dar nuestra humilde opinión en el presente caso, sin remontarnos por los senderos de lo problemático ó inverosímil, y sin pretender sentar plaza de innovadores, racionaríamos de la manera siguiente: la experiencia nos demuestra que la endocarditis se desarrolla en el curso de procesos altamente febriles, como lo es, v. gr., el reumatismo articular agudo; la fiebre—es indiscutible—aumenta la temperatura de la sangre, acelera su corriente y produce congestiones en los órganos; el órgano encargado de vencer los obstáculos que éstas á la circulación oponen, es el mismo que duplica sus movimientos á impulso de aquella inaudita velocidad, es el mismo que más directamente experimenta los efectos de aquel calor excesivo, es, en una palabra, el corazón. Ahora bien: si los resortes que pone en juego para el desempeño de la función que le está encomendada, son tan sutiles y delicados que basta á descomponerlos

la larga y continuada duración de aquélla, aunque no se salga de sus condiciones normales, ¿qué mucho que se deterioren y sufran serias perturbaciones en su constitución física cuando aparece bruscamente un estado anómalo que exige del aparato actividades para las que no está predispuesto? Necesariamente tiene que enfermar, y enferma principalmente en las partes que por su delicadeza y por su excesivo trabajo se hacen más acreedoras á ello, enferma en las válvulas. Si la endocarditis es una enfermedad específica, debida á una infección ó á un agente determinado, ¿por qué no se desarrolla indistintamente en todas ó en cada una de las válvulas y orificios? ¿Cómo se explicaría su exclusiva predilección por las del corazón izquierdo si no reconociéramos la causa en el mismo trabajo ó funcionalismo del órgano cardíaco? Las lesiones en el corazón derecho son tan raras en la vida extra-uterina cuanto frecuentes son en la edad fetal, que es cuando precisamente el mayor trabajo circulatorio está encomendado al ventrículo derecho; y decimos que son raras y no las negamos en absoluto, porque no dejan de encontrarse enfermos que lo están del corazón derecho, á pesar de no ser congénita la lesión; pero, téngase bien entendido, cuando esto ocurre, siempre es á consecuencia de traumatismos, ó de arterio-esclerosis, ó de lesiones previas en el corazón izquierdo que ya le han puesto inepto para el libre desempeño de la función; con causas, si bien se mira, más que suficientes para que se lesionen, no ya el corazón derecho, que al fin y al cabo trabaja á lo menos tanto como cualquiera de los órganos importantes, sí que también los órganos que disfrutan de una relativa pasividad.—Otro argumento en contra de la especificidad, es el hecho de aparecer la endocarditis, no en el mismo momento de iniciarse el cuadro de síntomas generales que delatan á la infección reumática, pero sí en el sexto ú octavo día de la aparición de aquéllos; es decir, cuando la fiebre, por su duración é intensidad, ha podido ya dejar sus huellas impresas en el organismo que fué su presa; hasta entonces, pues, no se declara la endocarditis, que se llamará aguda porque agudo será el proceso que la determinara, pero que, por la situación del órgano, por su misma delicadeza y por la carencia de medios en nosotros, no se podrá reparar el desperfecto, no se curará tampoco espontáneamente, y pasará al estado crónico. Esto parece dar á entender que todas las endocarditis crónicas provienen de otra aguda. Todas, no; pero la inmensa mayoría han tenido sus comienzos en el curso de una pirexia, por más que muchas de ellas no produjeren entonces un cuadro sintomático bastante explícito para que el clínico pudiera sospecharlas, y por más que luego también muchas de ellas, todavía en sus comienzos, no se delaten á los enfermos con sendos fenómenos subjetivos. Cuando es un sujeto joven el que en un dado momento acusa una endocarditis crónica, ¿cuál síntoma será bastante á persuadir al médico de que la enfermedad empieza entonces y no antes, á raíz quizás de una ca-

lentura? Las que evolucionan sigilosamente, siendo crónicas ya desde el principio (si vale el contrasentido de la frase, y si es que esto pueda sorprenderlo nadie), hemos de suponerlas efecto de la edad algo avanzada; son las que mejor explican cómo el corazón, á la larga, y por el solo hecho de hacer circular continuamente la sangre (1), puede lesionarse y ponerse en condiciones de ser presa de los microorganismos, y, desde luego, pasar por todas las secuelas de la inflamación. Es claro que el suceder más temprano ó más tarde dependerá de las condiciones individuales, hábitos, costumbres, profesiones, medio cósmico, anamnesis patológica, herencia, constitución, etc. Es por eso que en la etiología de la endocarditis ocupan lugar preferente los procesos febriles é infectivos (reumatismo articular agudo, tifus abdominal, fiebre puerperal, blenorragia, sífilis, gota), los enfriamientos bruscos, las fiebres exantemáticas (escarlatina, viruela, erisipela, sarampión), los traumatismos, el trabajo muscular excesivo, el abuso de ciertos medicamentos, la edad senil, el alcoholismo, las nefritis, el enfisema pulmonar, la intoxicación saturnina crónica, la escrofulosis, el raquitismo, las afecciones cancerosas y todo cuanto pueda afectar la robustez y, por ende, comprometer la nutrición de que necesita el órgano que preside todas las funciones vitales, así como todo cuanto tienda á la exageración del grado térmico, en cuyo caso podrá la enfermedad que nos ocupa tomar una marcha aguda, pero no irrimisiblemente en todos los procesos febriles, sino en aquellos que alcancen á producir el suficiente desequilibrio orgánico.

Resumiendo, repetiremos que no pretendemos negar la presencia de los susodichos parásitos en la endocarditis aguda—nos lo vedaría, cuando no otra cosa, la autoridad de Virchow y la de Köster y la de Eberth,—pero no conseguimos convencernos de que ellos sean la causa determinante, ni la causa predisponente, ni siquiera la causa á secas del mal. Enhorabuena que éste aparezca en el curso de procesos febriles infectivos, que obedecen á la presencia de micrococos en la sangre; pero ¿estamos autorizados para decir que éstos se fijan en el endocardio sólo porque así les place, por mero capricho, por innata é inconcebible predilección, y que no lo hacen por haberse previamente lesionado el endotelio y permitídoles desde luego el paso á un tejido que, por lo mismo, no tardará en ser asiento de trastornos de mayor cuantía, y cuyos elementos son los que aquéllos necesitan para su sostenimiento y reproducción? Esto último es lo más lógico, pues admitir lo primero equivaldría adquirir la seguridad de que todo proceso infectivo ha de complicarse con endocarditis, ya que en cada una de las distintas formas de infección se supone siempre la concurrencia de los agentes capaces de pro-

(1). No hay que olvidar que el endocardio, muy análogo desde el punto de vista anatómico á la tónica interna de los vasos, experimenta las mismas alteraciones que en ésta imprime el proceso ateromatoso. Quizás ésto fuese el encargado de terminar la vida de un modo natural si otros procesos no es encargasen de hacerlo antes, ó, al menos, de anticipar el momento.

ducirla; y de que aquella seguridad no puede abrigarse, la experiencia se encarga de demostrárnoslo; en cambio, si decimos que para la inflamación del endocardio bastan los nuevos fenómenos que toda alta fiebre trae consigo, no nos desmentirán los hechos prácticos ni los teóricos, porque harto se comprende que el corazón, como cualquier otro órgano, en ciertas condiciones resistirá y vencerá lo que en otras no le será posible resistir ni vencer sin menoscabo de su integridad. Y no precisamente—dicho sea de paso—es la fiebre lo único á propósito ó lo esencial para que se lesione, sino que también puede hacerlo por cualesquiera de los estados que tienen el privilegio de crear los mismos obstáculos ó de aumentar el trabajo cardíaco, tales son, las impresiones morales fuertes, las pasiones vehementes, la hipocondría, etc.; y por cierto que las endocarditis agudas contraídas sin la mediación de movimiento termógeno y ocasionadas por serios trastornos sobrevenidos á la complicada inervación cardíaca y traducidas en alteraciones de la circulación sanguínea, no son en escaso número, ni son las que menos se prestan para argüir en contra de la necesidad de que agentes vivos interesen el endocardio si se quiere verle padecer de inflamación.

Y vamos á dar fin á este ya largo capítulo, haciendo constar que á pesar de nuestra restricción noso-patogénica, estamos muy lejos de emular, ni siquiera admitir, el radicalismo traussoniano que se resume en el párrafo que transcribimos á continuación; y lo transcribimos, no para baldón á la respetuosa memoria del insigne clínico francés, sino como muestra de que al genio, aún en sus errores, le es dable manifestarse con alguno de sus rasgos peculiares, y este rasgo—que en parte justifica nuestra manera especial de apreciar la cuestión etiológica—surge á través de las inconcebibles líneas del terapeuta sin par, cuando en ellas deja traslucir la idea de que toda lesión cardíaca no es más que un obstáculo puramente mecánico á la circulación. Dice así el inmortal Trousseau:

«Una enfermedad orgánica pura y simple del corazón, debida, por ejemplo, al estrechamiento de alguno de los orificios, no es en realidad una enfermedad; y si alguno se admirase de esta aserción, le preguntaríamos si consideraba como enfermedad la asfixia lenta y progresiva de un hombre á quien se hubiese echado al cuello un lazo corredizo, y á quien se ahogase diariamente apretando el nudo una línea, de manera que se le hiciese morir en uno ó dos años. Los desventurados que padecen estas afecciones puramente orgánicas del corazón, mueren verdaderamente sin enfermedad, llenos de vida y salud. Así, pues, el diagnóstico de esta especie de males no presenta dificultades ni mérito: es el abecedario del arte, porque no hay que descubrir indicaciones terapéuticas; constituye un hecho consumado, que el último alumno puede reconocer á los ocho días de ejercicio, sabiendo tanto como el inventor sobre este particular.» Lo que no se nos alcanza es la con-

secuencia; es decir, no comprendemos que por considerar á la endocarditis—en sus efectos—como una asfixia mecánica, y que por creer que los pacientes se *mueren llenos de vida y salud* (?), tenga de ser cosa fácil el diagnosticar. Naturalmente que este extremo, con otros que se desprenden del párrafo en cuestión, y que demuestran hasta donde nuestros abuelos conocían las distintas formas de endocarditis, no pueden sostenerse en el estado actual de la ciencia.

SINDROME

En todas las formas de endocarditis crónica hay alteraciones en las líneas pleximétricas, en los ruidos del corazón y en la circulación sanguínea. Las primeras, por efecto de la mayor extensión y masa que dan al órgano cardíaco la dilatación y la hipertrofia, se encuentran constantemente aumentadas; puede crecer la línea vertical, ó la transversal, ó ambas á la vez; de suerte que la región precordial, ó zona maciza, ocupa un notable espacio en la región torácica, tanto, que es frecuentísimo el observar cómo el latido cardíaco—siempre fuerte y violento—se marca en el 6.º; en el 7.º y aún en el 8.º espacio intercostal, con grandes inclinaciones á veces hácia la izquierda, á veces por debajo del apéndice xifoides.

Por lo que respecta á los ruidos normales, en ciertos casos es uno de ellos el que solamente está sustituido por uno nuevo, quedando el otro sin sufrir variación; en otras ocasiones los dos á la par se han transformado; y, en fin, puede darse el caso de existir un tercer ruido nuevo que no sólo deje de reemplazar á ninguno de los dos normales, sino que éstos pueden que no sufran variación ninguna. Cuando el nuevo ruido sustituya al primer normal, se llamará de 1.º tiempo; si reemplaza al segundo sonido, es de 2.º tiempo; y cuando no sustituya ó no reemplace á ninguno de ellos, se denominará de 3.º tiempo. Tanto en unos casos como en otros, siempre el nuevo ruido vendrá representado por un ruido de soplo, de tono más ó menos grave, de timbre más ó menos metálico, y frecuentemente acompañado de modulaciones y vibraciones peor ó mejor definidas, y cuya sucesión de unas á otras podrá ser continua, intermitente, rápida, tarda, etc.: de aquí que el ruido se asemeje al de galope, al de yunque, al de peonza, etc.

En cuanto á las perturbaciones de la circulación sanguínea, es verdad que desde el momento de resultar pequeño un orificio ó insuficiente una válvula, en cualquier estadio vienen representadas por lentitud de la corriente, disminución de la tensión en el sistema aórtico y aumento de la presión media en el campo de las venas cavas; pero también es verdad que los efectos perniciosos que de dichas perturbaciones cabe esperar, no parecen

desde luego por ningún lado, y la economía, por lo tanto, no los experimentará durante todo el tiempo que durar pueda la lesión valvular, sino que empezará á sentirlos desde el momento en que el corazón, agotadas ya todas las fuerzas que el sostenimiento de la compensación exige, amenaza con ser asiento de una metamorfosis grasosa ó de la degeneración fibrosa; amenaza que bien se echará de ver con los primeros trastornos de la compensación, y bien podrá convertirse—si no lo aplaza la reparación de estos trastornos—en un hecho real y positivo, del cual será inevitable consecuencia la caquexia que ha de preceder á la muerte y que ha de estar precedida por la aparición sucesiva de todos los síntomas generales que forman el cuadro de la verdadera y completa rotura de compensación.

Estos síntomas pueden exteriorizarse ejerciendo su predominio en unos ú otros órganos y aparatos, y también pueden ser patrimonio de todos ellos. Por parte del aparato respiratorio, los enfermos del corazón suelen verse atacados de disnea, que podrá ser continua ó sólomente motivada por excitaciones físico-morales, y cuyas causas no son siempre las mismas, sino que unas veces son de orden mecánico—como cuando el corazón comprime al bronquio principal del mismo lado,—y otras veces son de orden funcional. Entre cuyos factores débese de contar en primera línea la lentitud con que la sangre recorre el trayecto del árbol arterial menor; también la dificultad en la respiración está subordinada á los catarros bronquiales, que á menudo se suceden y que acostumbran á degenerar en hemoptisis ó infarto hemorrágico, con la particularidad de que, en este género de lesiones, la sangre expectorada suele presentar un aspecto grumoso en vez de glutinoso, y un color negruzco azulado en vez del color rojo propio. También son muy frecuentes, y se explican perfectamente, la epistaxis, la pneumonía, el edema de la glotis y el edema pulmonar, cuyas tres últimas complicaciones suelen ser otros tantos medios de poner fin á los sufrimientos.

En el aparato digestivo, por sufrir todo el tubo los efectos de la ingurgitación venosa, se observan serias anomalías: anorexia, digestiones lentas é incompletas, vómitos, constipación, diarrea, deposiciones sanguinolentas, hematemesis, violentas cardialgias, flujos hemorroidales, etc. De las glándulas abdominales, el hígado—cuyas venas son tributarias de la cava inferior—es el que se presenta más fuertemente congestionado y aumentado de volumen.

Por parte del aparato génito-urinario hay síntomas de congestión renal y alteraciones catarrales en la mucosa de las pelvis renales, de los uréteres y de la vejiga. La orina se hace extraordinariamente escasa; á veces contiene albúmina en corta proporción y también cilindros de fibrina; es muy rica en úrea y ácido úrico, cuyas sales se precipitan en forma de sedimento rojo; su color, su peso específico y su concentración, se hallan notablemente

exagerados. Si el sujeto pertenece al sexo femenino, no se hacen esperar la aparición de flujos leucorreicos y la perturbación del flujo catamenial, que tiende más á la menorragia que á la amenorrea. Si por acaso la mujer concibiera, el estado de preñez ó el acto del parto puede convertirse en motivo de muerte inesperada. El hombre, por la dilatación de las venas del cordón espermático, suele acusar un verdadero varicocele, así como la excesiva exudación en la serosa de la túnica vaginal, puede manifestarse por un hidrocele considerable.

Por el desorden en el sistema nervioso central, es por lo que aparecen embolias, hemorragias, anemia, congestión, hipocondría, delirios, manía, pseudo epilepsia, corea y parálisis de los centros nerviosos.

En cuanto al aparato circulatorio, por parte del corazón puede que no haya ninguna molestia subjetiva, pero puede sufrir palpitaciones, tener depósitos trombóticos en sus cavidades y romperse y paralizarse instantáneamente el miocardio. Los vasos sanguíneos, por la degeneración adiposa ó por alteraciones arterio-escleróticas, gozan de una fragilidad excesiva; en los gruesos troncos venosos, pueden formarse trombus y dar lugar á todas sus funestas consecuencias; en las arterias se forman embolias, que proceden unas veces del ventrículo derecho—en cuyo caso por la arteria pulmonar irán al pulmón á provocar el infarto hemorrágico—y otras veces toman origen en el ventrículo izquierdo y entonces podrán sufrirlas todas las arterias en general y de una manera particular las cerebrales, las de las extremidades, la esplénica, la renal, las mesentéricas, la hepática, las retinianas, las ciliares y las pequeñas cutáneas. En la piel se pueden ver las coloraciones cianótica, ictericia y roja; esta última en el rostro y mucosas, pero no tiene el verdadero tinte de la rubicundez sana, sino que se le asocia un matiz azulado de funesta significación; además, ofrece extravasaciones sanguíneas, redes de vasos dilatados y, sobre todo, edemas, cuya presencia se explica perfectamente por una excesiva presión en el sistema venoso y en los vasos linfáticos, así como porque la sangre, pobre en albúmina, modifica y pone más permeable la pared de los vasos; y no sólo va esto á retratarse en el tejido celular subcutáneo, sino que también las exudaciones hidrópicas fórmanse en las cavidades serosas, siendo la primera en manifestarse la ascitis, á la que pronto pueden suceder hidrotórax, hidropericardias é hidropesías en los espacios meníngeos y en los ventrículos cerebrales. El pulso es generalmente blando, irregular, frecuente, intermitente y poco lleno, pudiendo, en cambio, notarse á veces en algunas venas.

De manera que un enfermo de endocarditis crónica, puede llegar á convertirse, no sólo en un capítulo viviente de Patología interna, sino en un Tratado completo de enfermedades crónicas, tantos son los síntomas generales que matizan el terrible conjunto. Pero además de éstos hay otros de mayor

importancia y exclusivos de cada forma, conduciendo su buena apreciación al diagnóstico diferencial de cada una de ellas. Fijémonos en una, y se a ésta la más frecuente, la *insuficiencia mitral*:

A la simple inspección, aún en los casos en que el corazón haya aumentado tan sólo por la hipertrofia del ventrículo derecho, podremos observar una especie de abombamiento en la región precordial. El latido cardíaco puede vérsese en el sitio normal, pero más comunmente se le ve con desviación hacia la izquierda, por fuera de la línea mamilar; y también llegar á la línea axilar, por debajo del 5.º espacio, si toma parte en la dilatación ó hipertrofia el ventrículo izquierdo. Cuando la dilatación del corazón derecho es bantante exagerada, se ve cierto movimiento difuso hacia el lado derecho, rebasando el borde derecho del esternón; y si es la hipertrofia del mismo lado la que se halla muy pronunciada, aquel movimiento, con caracteres de pulsaciones y sacudidas violentas, aparece por debajo del apéndice xifoides, con propensión al epigástric. Obedeciendo á la misma hipertrofia y á la gran presión en el campo de la arteria pulmonar—que aleja una parte del pulmón para llegar á ponerse casi en inmediato contacto con la pared torácica,—no es raro que la pulsación sistólica se haga visible en el segundo espacio intercostal izquierdo, ni que allí aparezca una especie de sacudimiento corto y rápido, cuyo resultado viene á ser, en primer lugar, un refuerzo del sonido diastólico, apreciado con el estetoscopio cuando se le aplica por encima de la arteria pulmonar, y, en segundo lugar, un golpe seco y diastólico, recogido por la palpación cuando se aplica la mano en dicho punto y durante el momento del diástole; en estos mismos punto y momento, apretando con el dedo en dirección hacia dentro, y en virtud de la gran fuerza con que se cierran las sigmoideas pulmonares, se notará en muchos casos un conato de latido muy breve y recio, que alternará, naturalmente, con el latido cardíaco verdadero. Este, también por medio del tacto, veremos como se ensancha—en forma de sacudimiento sistólico muy vivo—por el lado derecho y por encima del extremo inferior del esternón, por más que también se recoge análoga impresión en el sitio chocado directamente por la punta del órgano, en donde así mismo se percibe un estremecimiento catario que podrásele mejor apreciar cuando el enfermo esté emocionado, ó bien después de haberle obligado á ejecutar algunos movimientos corporales, ó que esté en decúbito lateral izquierdo.

El pulso radial, mientras la lesión que nos ocupa esté exenta de complicaciones y en su estado de compensación, puede gozar de un ritmo perfectamente normal, y no es cierto lo que afirma Marey, de que siempre el pulso se le encuentra irregular; hasta en algunos casos de rotura de la compensación, las pulsaciones continúan rítmicas. La curva esfigmográfica tampoco suele darnos ningún dato patognomónico, si bien siempre podrá apreciarse en ella cómo las elevaciones por elasticidad son muy débiles, contrastando

con las de retroceso, que aparecen fuertemente marcadas, por ser muy poca la tensión en el sistema arterial.

Por medio de la percusión—que convendrá sea la inmediata—vendremos en conocimiento de cuáles son los límites de la zona maciza en la región precordial; que ésta ha aumentado en extensión, es evidente en todos los casos; pero en unos lo habrá hecho sólo en el sentido de la anchura y en otros en todos sentidos, según si la dilatación é hipertrofia las experimentan solamente la aurícula y el ventrículo derecho, ó si, además, la sufre también el izquierdo; en el primer caso, como cosa notable merece consignarse que el área de la macicez toma una configuración cuadrangular redondeada, pudiéndose extender hasta apartarse unos cuatro centímetros por fuera del borde esternal derecho y por el nivel del 4.º cartílago costal.

A los datos recogidos por la inspección, la palpación y la percusión, se juntan los que nos suministra la auscultación y que son los más trascendentales á un buen diagnóstico. En las enfermedades cardíacas es preferible valernos de la auscultación mediata, y conviene no proceder á ella sin antes hacer que el enfermo agite de una manera ú otra sus miembros hasta iniciarse el cansancio; así mismo conviene auscultarle repetidamente en cada una de las posiciones que pueda adoptar. En la insuficiencia de la válvula bicúspide se percibe un ruido anormal, sistólico ó de primer tiempo, en el sitio mismo donde se manifiesta el latido cardíaco, esto es, en la punta del corazón; sin embargo, también se le oye, y á veces con mayor intensidad, sobre el orificio de la arteria pulmonar; lo cual es debido, no á la aparición de un nuevo ruido en dicho vaso por la relajación de sus paredes, no tampoco á las vibraciones irregulares de que son objeto estas mismas paredes, sino que se debe á que dicho soplo, desde el interior de la aurícula, llega á la pared anterior del tórax por el intermedio de la arteria pulmonar, cuyo origen rodea en parte el apéndice auricular izquierdo; á veces se propaga á muy largas distancias, pudiéndose hacer notar en la espalda, en la región hepática y en la esplénica. Si se aparta un poco el oído del estetoscopio, en ciertas ocasiones podremos percibir, juntamente con el ruido anormal y empezando con él, el sonido sistólico ó ruido fisiológico, el cual podrá no ser debido á que alguna cúspide de la mitral conserve todavía sus aptitudes vibratorias, sino que habrá más bien que soportarle propagado desde la válvula tricúspide y originado por ésta en el momento de cerrarse. Además del ruido sistólico anormal, puede adquirirse otra sensación acústica, que ya hemos mencionado anteriormente, y que repetimos por que ella tiene gran importancia diagnóstica, como que viene á robustecer la idea que abrigamos de la hipertrofia del ventrículo derecho y del aumento de presión en el territorio de la arteria pulmonar: nos referimos al refuerzo con que esta arteria emite el sonido diastólico ó ruido normal de segundo tiempo, sonido reforzado que se deja oír muy cla-

ramente y que por simular una especie de chasquido permite establecer su comparación con el golpe breve de un martillo; Skoda fué el primero en llamar la atención sobre este síntoma, y Matterstock es quien asegura que también—por la propagación—se le encuentra en las arterias subclavia y axilar izquierdas.

SEMEIOTICA

DIAGNÓSTICO. Por el simple hecho de percibir un ruido nuevo de segundo tiempo, ó diastólico, estamos autorizados para diagnosticar una endocarditis; pero no lo estaremos cuando esta única noción acústica la adquiramos por la presentación de un ruido de primer tiempo ó sistólico, puesto que, si bien ello es propio de la endocarditis y constituye un síntoma de gran valor, no es exclusivo ni patognomónico de la misma, y no basta por sí solo á darnos hecho el diagnóstico. De aquí se infiere que la insuficiencia de las válvulas sigmoideas y la estenosis de los orificios aurículo-ventriculares—que engendran ruidos diastólicos—darán lugar á un diagnóstico más pronto y seguro que la estrechez de los orificios arteriales y la insuficiencia de las válvulas aurículo-ventriculares, lesiones todas estas productoras de ruidos de primer tiempo, pero no las únicas en producirlos, sino que también suelen aparecer en el curso de ciertas enfermedades ó perturbaciones de la sangre, entre ellas, la anemia, colemia, clorosis, estados febriles, etc.; casos en los cuales el clínico deberá de proceder con exquisita minuciosidad si quiere convencerse de que los nuevos ruidos sistólicos que en la región precordial aparecen, también se dejan oír con igual ó mayor intensidad hacia lo largo y en dirección de los grandes vasos—sin que empero dependan de alteraciones de sus paredes, cual sucede en la fibrosis arterial,—y de que con la aparición de dichos ruidos no hay concomitancia de dilatación ó de hipertrofia cardíaca. Por otra parte, puede presentarse el caso de reconocer un aumento bien manifiesto en las líneas pleximétricas del corazón, sin que esto arguya la existencia de una endocarditis; sino que el no ir acompañado de alguno de los ruidos característicos nos hará sospechar quizás en el aneurisma activo de Corvisart ó en otra forma cualquier de hipertrofia cardíaca; podrá darse el caso, muy problemático por cierto, de que un enfermo de esta naturaleza, en un momento dado fuese presa de la cloro-anemia ó de cualquiera otra enfermedad capaz de manifestarse con los ruidos hidroémicos de aquélla; pero entonces, el perfecto deslinde de ambas especies nosológicas aclarará el concepto. Y, finalmente, podrá suceder que, independientemente de los estados anteriores y de la concurrencia de dos procesos distintos, el corazón acuse aumento en su volumen y modificaciones en sus sonidos: tal sucede en la

generalidad de individuos que padecen enfisema pulmonar; mas en este caso, no coexistiendo lesión orgánica de corazón, no nos será dable apreciar el refuerzo del sonido de la arteria pulmonar—tan notorio y decisivo en la insuficiencia mitral,—así como no nos llamarán la atención hechos de suyo tan constantes en la aparición y curso de las lesiones endocárdicas; como son, entre otros, los estremecimientos en la parte, la hiperquinesia opresora y la desproporción notable entre la impetuosidad con que la punta del órgano choca contra la pared torácica y la débil pulsación con que responden las arterias un tanto lejanas.

Para sentar el diagnóstico diferencial entre las distintas formas de endocarditis—diagnósticos que no detallaremos por no rebasar los límites de este modesto trabajo, cuya extensión va resultando mayor que la que en un principio nos propusiéramos darle—ténganse bien presentes las sucintas nociones expuestas de Anatomía y Fisiología normales y patológicas; ellas bastan para obligar á una acertada aplicación del estetoscopio y dar una clara idea de los diferentes sitios y tiempos en que deben de hacer su aparición los nuevos ruidos; sitio y tiempo que, con los fenómenos consecutivos y propios de cada caso, forman en definitiva la base á esta diferenciación diagnóstica.

MARCHA. DURACIÓN. TERMINACIONES. El curso de las endocarditis, una vez establecida la cronicidad de éstas ó después de su aparición lenta y silenciosa, no suele ni puede ser rápido desde el principio, dados los medios de defensa de que, por un espacio mayor ó menor de tiempo, puede la naturaleza disponer; no es pródigo en fenómenos subjetivos—las molestias son muy escasas relativamente á lo que cabe esperar de tamañas lesiones,—ni retroceden en mucho los síntomas locales y objetivos. Sólo cuando la hipertrofia compensadora cae en la impotencia, es cuando la marcha se trastorna acelerándose, si es que no se haya interrumpido instantáneamente y dado lugar á un determinado género de terminación. Sin embargo, aún sin ser un hecho la verdadera rotura de la compensación, puede ésta, por infinitas causas, sufrir desequilibrios, y contribuir, por lo mismo, á dar á la marcha del proceso un carácter inestable y de alternatividad, contrastando la proximidad de los síntomas generales con el subsiguiente alejamiento que parece experimentar la aparición de los mismos.—En el curso de la endocarditis crónica, se ha dicho que no acostumbra jamás aparecer el tifus, ni el cáncer, ni la tisis. Respecto á la pretendida inmunidad para con las dos enfermedades primeramente mentadas, las estadísticas actuales no han podido ratificarlo; mas respecto á la última, verdaderamente se nota cierto antagonismo entre la tuberculosis pulmonar y las lesiones valvulares, escepción hecha de la estenosis del orificio de la arteria pulmonar, en cuyo caso, como se comprende, más bien habrá una marcada predisposición á contraer el susodicho

mal. En cambio, no se ha visto suceder lo contrario, que un tísico sea inmune á las afecciones del corazón.

En cuanto á la duración, diremos que puede ser de algunos meses y de uno, diez, veinte y más años, según la energía que pueda desplegar y sostener el miocardio al hipertrofiarse; y como que esta energía emana de la robustez individual, ésta, más que la enfermedad por sí, será la norma tenida en cuenta para preconcebir, aproximadamente y salvo complicaciones, la duración del mal. Así, pues, no es de extrañar que en los cardíacos de constitución enclenque, extenuada, valetudinaria, que apenas si en su organismo habrá caudales sinérgicos para el desarrollo de la compensación, y en los cardíacos de edad temprana, que tantas fuerzas necesitan para atender al buen desarrollo orgánico, la duración del proceso sea relativamente corta, hasta el punto de sobrevenirles la muerte dentro un plazo de algunas semanas ó meses. Además de las fuerzas del paciente, hay que contar, para la mayor ó menor duración, con la forma imperante de endocarditis: en general, las estrecheces aurículo-ventriculares no duran tanto como sus mismas insuficiencias, y éstas no tanto como las de las sigmoideas, siendo la insuficiencia aórtica la que es por más tiempo compatible con la vida, lo que se explica teniendo en cuenta la supremacía del ventrículo izquierdo.

La terminación siempre es una: la muerte. Hay autores, muy respetables y dignos de crédito, que citan alguno que otro caso de curación espontánea, por más que sean ellos mismos los primeros en reconocer lo rarísimo de semejante terminación. Andrew asegura haber observado la curación en varios casos bien manifiestos de insuficiencia mitral, así como es el que más desecha la posibilidad de que tal cosa pueda suceder tratándose de la estenosis de igual nombre. Eichhorst afirma haber presenciado la curación en un caso de insuficiencia aórtica y en otro de estenosis del orificio aurículo-ventricular izquierdo. Sea de todo esto lo que fuere, habemos de convenir en que no hay que contar para nada en esta clase de terminación, porque ella es de lo más raro que dentro de lo escepcional puede darse; ya hubo un tiempo en que Jaksch consideraba posible, y aún habíalo observado en su clínica, que las válvulas que quedaban intactas podían distenderse y llegar á suplir, al cabo de algunos años, el defecto de las lesionadas; mas lo observado por este mismo patólogo en los cadáveres, no le sancionó lo que clínicamente descubriera.—Aunque el desenlace sea siempre el mismo, puede ser diferente el mecanismo puesto en juego para llegar al término del padecimiento. Lo más frecuente es que la terminación letal obedezca á los trastornos cada vez mayores, de la compensación—gracias á la previa degeneración adiposa de la fibra muscular del órgano cardíaco:—y en este caso habrá una graduación espantosa de todos los fenómenos descritos, y la muerte, que á veces tarda en llegar, podrá sobrevenir por embolia, por trombosis, por hemorragia,

por compresión hidrópica, por edema pulmonar, por extenuación, por parálisis y rotura del corazón, por enfermedades intercurrentes, etc. En otros casos, sin llegar ni de mucho á una situación que haga temer un fatal desenlace, la muerte tiene lugar de una manera súbita, brusca, inesperada, por rotura de alguna válvula y después de una fatiga muscular: cuando tal muerte repentina ocurra, se tratará, con seguridad, de la insuficiencia aórtica, la única de entre todas las formas endocardíticas que puede matar sin previos sufrimientos.

PRONÓSTICO. En términos generales es de una gravedad indiscutible, pero supeditada siempre á la marcha que tome la afección, á su duración probable y á la clase de terminación que se sospeche, siendo tanto menos favorable el pronóstico cuanto más aceleradamente se desplieguen los fenómenos de la endocarditis. Al pronosticar tampoco deben de olvidarse la posición social, los hábitos, la constitución y la edad del enfermo, así como si la lesión radica en un solo punto del endocardio ó si se trata de lesiones combinadas en varias válvulas, en cuyo último caso es por demás fatal el pronóstico. Una lesión única y en el aparato valvular aórtico aligera extraordinariamente el pronóstico en el concepto de la duración de la vida; sin embargo, es la forma de endocarditis que más puede comprometer, ante el vulgo, la reputación científica del clínico. si á éste no le duelen prendas para prefiar una terminación próxima ó remota: ésta indudablemente vendrá, pero es casi del todo punto imposible el saber cómo ni cuándo. La estrechez del orificio de la arteria pulmonar, lleva consigo un funesto pronóstico, ya que hay la casi completa seguridad de que el pulmón también se afecte profundamente. Pero la gravedad lo será en términos absolutos cuando haya tenido lugar la rotura de la compensación, ó bien cuando los accesos de palpitaciones frecuentes, la dispnea cada vez mayor, la arritmia creciente del corazón (delirium cordis), la intermitencia del pulso, la debilidad de los sonidos y de los latidos cardíacos, la dilatación progresiva del órgano y el hacerse muy difuso el choque de la punta, nos adviertan de que la compensación corre serios peligros de alterarse.

TRATAMIENTO

Las indicaciones que hay que cumplir en toda endocarditis crónica, cualquiera las comprende y enumera, pero pueden darse por muy afortunados los enfermos y médicos que no ven defraudadas las esperanzas cifradas en la bondad de los principios y agentes terapéuticos. Aquellas indicaciones sugieren tres clases de tratamiento: el curativo, el paliativo y el sintomático; es decir, curar la lesión valvular, sostener la hipertrofia compensadora, com-

batir los trastornos ya iniciados de la no compensación y atacar los efectos que la rotura de ésta acarrea en los demás órganos y aparatos.

Para el cumplimiento de la indicación primera—en el orden acabado de exponer—no hay que hacerse ilusiones: todos los recursos científicos encaaminados á tal objeto, no sirven más que para ponernos de manifiesto su absoluta impotencia. Esto ha sucedido y sucederá con las medicaciones resolutiva (ioduro potásico), disolvente (cloruro amónico), alterante (mercurio), expoliativa (sangrías), derivativa (vesicantes) y con todas las que se pongan en práctica: la utilidad que pueden reportar, jamás compensará los perjuicios de que son capaces. Aún en los rarísimos casos que se citan de curación, ésta ha sido espontánea.

Para mantener la compensación por un tiempo el más largo posible, poco ó nada debemos esperar de los agentes farmacológicos, y si más bien fiarlo todo á una buena dietética. Debemos de aconsejar al enfermo que pase al aire libre, pero moderadamente y en terreno no accidentado, evitando los ejercicios corporales que exigen á la circulación una fuerza impulsiva mayor, como son la gimnasia, el canto, el tocar instrumentos de viento, el subir cuestras y escaleras precipitadamente, la equitación, la carrera, la caza, la natación, los viajes largos en cualquier vehículo, las marchas largas á pié, el baile, y todo cuanto pueda predisponer á las palpitaciones, á la ansiedad, á la dispnea, á los dolores de corazón y á la laxitud; por esto mismo debe de ser muy limitado ó proscrito el uso de los baños, particularmente los fríos, el de las bebidas espirituosas, como la cerveza muy fermentada y los licores fuertes, el de las infusiones concentradas de café y thé, el de los manjares flatulentos, condimentados, grasosos y de digestión difícil; tampoco conviene que estos enfermos se expongan á tener que arrostrar las contingencias de toda emoción fuerte (disgustos, sobresaltos, pasiones violentas) y de toda sensación ó exaltación inherente al desco y á la satisfacción de los actos venéreos. En cambio, hay que prescribirles la leche, las carnes magras, cocidas ó asadas, los caldos, los huevos, las legumbres, los farináceos, la fruta cocida, la cerveza en escasa cantidad y poco fermentada, los vinos claros y ligeros, las frotaciones frías, las aguas minerales purgantes, los laxantes, el cambio de residencia, etc. etc. Según los casos, será nuestro plan.

Para combatir los primeros trastornos de una lesión no bien compensada, apelaremos á una ó á otra medicación según provengan aquéllos de una debilidad cardíaca pasajera ó de una verdadera degeneración gránulo grasosa del miocardio. Si esto último es la causa del desequilibrio funcional, el régimen terapéutico deberá de ser el excitante; entonces, pues, será ocasión oportuna de administrar el café, el thé, el coñac, el ron, el champagne, la valeriana, el alcanfor, el éter, el almizcle, el castóreo y, en una palabra, todos los estimulantes habidos y por haber. Con todo, en este caso y con el

fin de recuperar el mayor grado de equilibrio funcional, convendrá más dirigir nuestra acción en el sentido de disminuir resistencias que en el de aumentar la potencia de las fibras cardíacas, toda vez que éstas muy poco ó nada podrán dar de sí. Mas si, por el contrario, la fibra muscular aún está en condiciones de reaccionar, y es sólo un cansancio accidental del músculo cardíaco quien determina los trastornos objeto de la intervención farmacológica, prescribiremos las sustancias reputadas como tónicas y estimulantes del corazón, entre las cuales marcha en primera línea la digital, y de ella, las hojas secas en infusión mejor que la tintura alcohólica, la tintura etérea, el extracto acuoso, el extracto hidro-alcohólico, el alcoholaturo, el jarabo y la digitalina de Homolle y Quevenne—la única digitalina que, estando indicada, puede inspirarnos confianza.

Sin embargo, respecto á la digital, no todos los prácticos están contestes en cuanto al momento en que debe de usarse: todos reconocen los brillantes resultados que con ella se obtienen en el tratamiento de las enfermedades del corazón, y nadie pone en tela de juicio de que ella fomente la diuresis, regularice el ritmo cardíaco y disminuya el número de pulsaciones; pero mientras unos la conceden propiedades tónicas, otros, al revés, ven en ella una sustancia de la que cabe esperar siempre efectos sedantes. De ahí la diversidad de criterios al proceder á su administración. Kunze y Eichhorst, por ejemplo, autores alemanes é igualmente notables los dos, sustentan opiniones completamente opuestas: el primero quiere que la digital se administre cuando el latido cardíaco es recio y el pulso un tanto fuerte, pero en manera alguna en el caso contrario; el segundo considera á la digital como un recurso poderosísimo para hacer frente á la asistolia, pero la cree contraindicada en los estados en que Kunze confía más en ella. Estas divergencias, más que del desconocimiento de la acción fisiológica de la sustancia, surgen de la no debida apreciación de los distintos fenómenos á que dá lugar, que los creemos hijos de incomprensibles anomalías del medicamento, cuando la razón de que ellos se contradigan debiéramos de buscarla en las diferentes génesis á que está supeditado el síntoma que nos proponemos atajar. No hay duda que con la digital, empleada en el curso de las cardiopatías, se obtienen efectos marcadamente tónicos en unos casos y efectos diametralmente opuestos en otros casos; pero esto que aparenta tener todos los caracteres de lo anómalo, tiene, en nuestro humilde sentir, una explicación lógica y sencilla; y la tiene porque estamos perfectamente convencidos de que la sustancia que nos ocupa ejerce su acción sedante sólo en el sistema nervioso, mientras que su acción tónica la reserva exclusivamente para la fibra muscular; y estamos así convencidos porque no somos de los que creen que la sedación cardíaca se trasparente por el solo hecho de una disminución en el número de los latidos, ni somos de los que niegan que el resultado inmediato á toda verdade-

ra sedación sea una abundosa y límpida diuresis,—que en este nuestro caso nos la explicamos perfectamente, toda vez que sobreviene en virtud de mecanismos análogos á los que intervienen en la determinación de la excesiva diuresis sobrevenida después de un síncope ó de una impresión terrorífica, agentes de orden físico unos y de naturaleza psíquica otros que, como algunos de la materia médica, dificultan tanto las manifestaciones de la actividad vital cuanto combaten y destruyen las causas de la excitación ó cretismo del sistema nervioso, para acabar siempre y en ambos casos por sumergir la economía en la sedación y por activar consecutivamente su facultad absorbente, que se hará sentir en primer término sobre los líquidos peor animalizados, cual es la serosidad, y se hará notar más tarde por los cambios que cuantitativa y cualitativamente sufre la secreción urinaria.—No será, pues, la digital un tónico ó un sedante de ocasión, como pretenden la generalidad de los patólogos, sino que será constantemente una cosa ú otra según los casos. Véase si no lo que sucede en el caso de neurosis del corazón, cuando ésta llega á producir ataques de fuertes palpitations: en este caso, jamás á la administración de la yerba dedalera subseguirá una mayor excitación, pero sí que ésta se calmará hasta desaparecer por completo. Véase lo que le pasa á un corazón gravemente lesionado, cuando está abocado á la asistolia por debilidad de su fibra orgánica: pronto, con el auxilio de la digital, reaccionará sobre sí misma y tornará á conseguir, y á conservar por más ó menos tiempo, las fuerzas de que tanto necesita. Véase, finalmente, este mismo corazón en plena ó próxima asistolia, pero no traída por el cansancio quizás pasajero de las fibras, sino efecto de haberse éstas ya degenerado completamente ó poco menos: ¿qué sucederá? que los débiles movimientos del corazón, perdida ya la elasticidad de su fibra, estarán mantenidos por la inervación del mismo, y, por lo tanto, será intempestiva toda intervención con la digital, que necesariamente há de producir resultados sedantes si la sustancia sobre la cual puede producirlos tónicos, falta casi por completo, ó ha perdido sus condiciones. Sólomente en casos excepcionales podráse dar la casualidad de que su acción sedante nerviosa sea contrarrestada por su acción tónica muscular, y vice-versa; esto es lo que ocurre cuando los resultados esperados de la digital son nulos; pero esto, que sin ningún esfuerzo se concibe teóricamente, apenas si tendremos jamás ocasión de observarlo á la cabecera del enfermo, por cuánto, dentro del total desequilibrio, desequilibradas también han de andar la dos causas que más directamente lo mantienen; y el mayor predominio de una sobre otra, ó el excesivo retraimiento ó la exagerada manifestación de ésta ó de aquélla, es quien ha de experimentar en más la influencia de un agente por excelencia regularizador.—En pocas palabras: cuando los desórdenes del corazón, en exceso, son motivados por trastornos de su propia inervación—lo cual puede suceder indistintamente

en caso de lesión orgánica y sin ella,—la digital cumplirá á maravilla la primordial indicación, y su inmediato efecto sedante no se hará esperar; mas si el exceso de funcionalismo cardíaco reconoce por causa á la misma hipertrofia ó hiperplasia de la masa muscular miocárdica. con el uso de la digital conseguiremos aumentar la potencia de esta misma masa, que luego, por agotamiento, vendrá más pronto á caer en la impotencia. Si, en oposición á los dos casos anteriores, es la debilidad cardíaca la que tratamos de combatir, y ésta es la manifestación genuína de la desgeneración adiposa del miocardio, con la digital no obtendremos ningún resultado, si se exceptúa el aniquilamiento de las fuerzas que por parte de su inervación recibe aún el órgano cardíaco, y si se exceptúa también la aparición de los fenómenos tóxicos de que es capaz el uso prolongado ó no interrumpido de este medicamento; pero cuando la debilidad del centro circulatorio obedezca á la atonía de sus fibras, ésta será ventajosamente combatida con la digital, y es por esto que nosotros, para reparar los trastornos de la compensación, vemos en la digital un recurso de una utilidad incontestable, siempre y cuando dichos trastornos provengan de una accidental debilidad del miocardio, no cuando son el trasunto fiel de un estado degenerativo. A la imposibilidad de poder distinguir clínicamente uno de otro estado es á la que debemos achacar el por qué la dedalera purpúrea nos dá á veces un resultado totalmente contrario al que con ella obtener nos propusiéramos; así como de que sean opuestos los efectos que también con la digital se obtienen en los casos de gran potencia cardíaca, no está la culpa en la infidelidad del agente terapéutico, sino en el desconocimiento de la intrincada inervación cardíaca. Afortunadamente, como no puede menos de suceder, la propia digital nos ayudará á distinguir: ella, al cabo de veinte y cuatro horas de su administración, nos dirá si hemos ó no andado acertados y si debemos continuarla ó suspenderla.

En este último caso, ó para alternarlas ó asociarlas con la digital, echaremos mano de otras substancias, algunas de las cuales gozan de propiedades altamente tónicas ó estimulantes; éstas son, entre otras, el citrato de cafeína, el sulfato de esparteína, la convallaria majalis ó lirio de los valles, la lobelia inflata, la adonis vernalis, el sulfato de quinina, el cerezo de Virginia, la nitroglicerina (trinitrina), el nitrato de plata, los preparados de oro, de arsénico, de antimonio, de amoníaco y de hierro. En los casos poco frecuentes en que nos veamos precisados á producir la sedación cardíaca, podremos aprovechar las propiedades que en este sentido reúnen medicamentos como el acónito, aconitina, eléboro verde, veratrina, todos los bromuros, ácido salicílico, salicilatos alcalinos, cloruro de bario, hiel de buey, taurocolato de sosa, trimetilamina, clorhidrato de amilamina, gisospermina, eritrofleína, hidroquinon, antipirina, resorcina, cloroformo, kairolina, kairina, bittera, talina, quinidina, cinconina, cinconidina, angostura verdadera, cen-

taura menor, salicina, esculina, floricina, caitecedra, enicina, eucaliptol, gas ácido carbónico, limonadas, carbonatos alcalinos, acetato y nitrato de potasa, caínca, escila, espirea ulmaria, nitro, etc., medicamentos que, en su mayor parte, son de una utilidad todavía muy dudosa, y sobre cuyas contraindicaciones habría mucho que escribir. La elección, forma y dosis de estos y otros preparados, estarán en un todo subordinadas á las eventualidades de cada caso particular; ello es incumbencia del médico práctico, más que del que sienta reglas y fija preceptos desde los capítulos de la Patología. Lo mismo decimos respecto de la medicación sintomática que por separado ó de consuno reclamen los fenómenos sobrevenidos por parte de los pulmones, de los órganos de la digestión, del encéfalo y de los riñones, puesto que, dentro de una dieta corroborante y sin salir del régimen tónico y nutritivo, quizás nos veamos obligados á emplear, sucesiva é indistintamente, medicamentos hidrogogos, diuréticos, sudoríficos, drásticos, carminativos, difusivos cerebrales, emenagogos, expectorantes, hemopoiéticos, estípticos, astringentes, eméticos y antiespasmódicos, así como quizás no podremos excusarnos de aplicar tópicamente el agua fría en la región precordial si las molestias por las palpitaciones son muchas, ni de alguna que otra inyección de morfina como último recurso en el caso de exsacervarse extraordinariamente la ansiedad precordial y las sensaciones dolorosas, ni de la sangría más ó menos moderada cuando en sujetos de temperamento sanguíneo una gran estenosis vaya acompañada de manifestaciones superabundantemente congestivas, ni de las inhalaciones de oxígeno, ni de la paracentesis, ni de las sajas y escarificaciones en la piel... todo con los fines de disminuir las resistencias, de aumentar las potencias, y de hacer más llevadero el desconcierto con que la muerte prepara su llegada.



En resumen podemos concluir diciendo: Que las lesiones de toda endocarditis crónica hacen su primera aparición en el corazón izquierdo, y de éste, es atacada más pronto la parte del endocardio que reviste á las válvulas, cuya insuficiencia, por lo tanto, precede siempre á la estenosis del orificio correspondiente. Que la hipertrofia sobrevenida á la masa miocárdica, no puede ser jamás considerada como una complicación peligrosa á este género de afecciones, sino más bien como un medio de allanar los obstáculos acarreados por las mismas y de alejar el momento del desequilibrio funcional. Que la presencia de una lesión orgánica de corazón, basta á explicárnosla satisfactoriamente cualquiera exageración en el trabajo mecánico del órgano, máxime cuando, en el estado actual de la ciencia, no hay nada que de una

manera concluyente induzca á admitir la posibilidad de un determinado origen nosológico ó de una exclusiva especificidad patogénica. Que por el perfecto conocimiento de todo cuanto se relaciona con la anatomía y fisiología normales y patológicas del corazón, dejan de ser inexplicables todos los síntomas locales y generales con que se exteriorizan las enfermedades de aquél. Que todo ruido nuevo, de fuelle y diastólico, espatognomónico de las lesiones valvulares, y también lo es casi siempre todo ruido sistólico que vaya acompañado de aumento en las líneas pleximétricas del centro circulatorio. Que el desdoblamiento de estos ruidos, y el punto donde dejan percibirse y el tiempo de la revolución cardiaca en que aparecen, forman los principales jalones á toda diferenciación diagnóstica entre las distintas formas endocárdicas. Que la forma de lesión, su curso, duración y probables terminaciones, son los cimientos en los cuales debe descansar el pronóstico, siempre de una gravedad relativa en el ínterin la compensación se sostenga, pero de una absoluta gravedad en el caso contrario. Que mientras este caso no se presente, la higiene, la dietética y la bromotología ocuparán el primer lugar, siendo intempestiva toda intervención farmacológica. Que es inaccesible á los medios terapéuticos todo conato de retroceso ó de resolución en las producciones flegmáticas de la serosa, habiendo sido espontánea la curación en los poquísimos casos que de ésta se registran. Que si algun agente puede inspirar confianza en el concepto paliativo, aquél debe de ser la digital purpúrea. Que para no obtener de esta sustancia efectos contraproducentes, conviene reconocer y no olvidar su doble acción medicatriz, esto es, sedante del sistema nervioso central y tónico de la fibra muscular vegetativa. Y, en fin, que una vez desarrollado el cuadro sindrómico general, no cabe más medicación que la medicación sintomática, si se quieren suavizar los sufrimientos y complicaciones precursores del inevitable cuanto fatal desenlace.—HE DICHO.



ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
PREÁMBULO.	3
ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA NORMALES DEL CORAZÓN.	5
ENDOCARDITIS CRÓNICA.	10
ANATOMÍA PATOLÓGICA.. . . .	11
FISIOLÓGÍA PATOLÓGICA	14
ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.	17
SÍNDROME.	22
SEMBIÓTICA (<i>diagnóstico, marcha, duración, terminaciones y pro- nóstico</i>).	27
TRATAMIENTO.	30
BREVES CONCLUSIONES.	35

OBJECIONES (1)

EL DR. RIBERA: Sírvase el señor graduando decir cuáles son las enfermedades en cuyo curso suele hacer su aparición la endocarditis crónica.

EL GRADUANDO: Mentadas están en la Memoria, mas no tengo inconveniente en repetir.....

EL DR. RIBERA: No, no pretendo que se me repita lo que escrito está; precisamente mi pregunta es motivada por una grave omisión en el texto: me refiero á una enfermedad específica que dista mucho de ser extraña á la etiología de la endocarditis, la sífilis.

EL GRADUANDO: Perdón S. S., pero en mi Tesis queda la sífilis consignada como elemento etiológico de la enfermedad objeto de mi estudio. Con la venia del Tribunal, y en apoyo de mi refutación, busco el párrafo de prueba y me permito dárselo á leer al señor Presidente.

EL DR. RIBERA: Bien: aquí está, en efecto, escrita la palabra *sífilis*, pero ¿por qué lo está al lado de otras que denotan afectos agudos, y, con ellas, dentro de un paréntesis precedido de la frase *procesos febriles é infectivos*? ¿A. quien se le ocurre decir que la sífilis es una enfermedad aguda ó un proceso febril?

EL GRADUANDO: A nadie, como á nadie se le ocurre pensar que haya quien pueda dar con tan peregrina ocurrencia. Es verdad que incluyo dentro de un paréntesis enfermedades agudas y crónicas indistintamente, y que á todas las comprende bajo la común denominación de *procesos febriles é infectivos*, pero no es menos cierto que en la frase en cuestión aparece un sustantivo en plural y dos adjetivos que conciertan con el mismo en dicho número, y que, por lo tanto, puede aquél regir á cada uno de los dos atributivos por separado, destruyendo su aparente disociación y patentizando el verdadero doble sentido de aquella parte de la oración, que no es otro que el de «*procesos febriles y procesos infectivos*»; es decir, *febriles* que podrán ser ó no *infectivos*, é *infectivos* que podrán ó no ser *febriles*: en estos últimos coloco la sífilis, la blenorragia y la gota. La cosa es clara: se trata de un caso en que el sentido gramatical está perfectamente de acuerdo con el sentido lógico y con el sentido común. Es lo mismo que si dijéramos: *Dios ve los actos buenos y malos*; el complemento directo de esta oración no sólo le constituyen las últimas palabras acabadas de pronunciar, sino que, despreciando la elipsis, pudiéramos formularlo explícitamente escribiendo lo que cualquier párvulo escribiría, esto es, «los actos buenos y los actos malos.»

EL DR. HERNANDO: Aquí leo un pasaje que á la letra dice así: «puede suceder que no haya perfecta correlación entre las lesiones necroscópicas y el cuadro sindrómico anteriormente presentado», ¿Por qué dice el señor graduando «el cuadro sindrómico anteriormente presentado», cuando aún no hemos salido del capítulo de la Anatomía patológica, que aquí es *anterior* al de la Sintomatología?

(1) No las creemos tan fundamentales que nos obliguen á modificar en nada el texto de esta Memoria: él concuerda, letra por letra, con el original que en San Carlos se archivara inmediatamente después de verificado el ejercicio.—*Nota del autor.*

EL GRADUANDO: Sencillamente por eso mismo que tanto le extraña á S. S., por estar en pleno capítulo de Anatomía patológica, que es lo mismo que estar en plena investigación cadavérica, ó que estar estudiando un *caso* patológico que ha dejado ya de ser clínico para convertirse en anatómico. Claro está que, tratándose de un cadáver, siempre y cuando se habla del cuadro sindrómico se alude á uno ú otro periodo de la enfermedad, y si ésta—cuando existiere—es ó no es *anterior* á la muerte, que venga Pero Grullo y lo diga. La expresión «el cuadro sindrómico anteriormente presentado» hace referencia al cuadro de síntomas que *en vida* presentara el sujeto que *ahora* proporciona los datos necroscópicos. A referirme á la forma ú orden de exposición de este trabajo, ó al capítulo del Síndrome si éste no fuese posterior al de la Anatomía patológica, hub'era sustituido la repetida frase por otra que dijera: «el cuadro sindrómico anteriormente *descrito*».

*

EL DR. HERNANDO: Otra cosa. A propósito de cierta cuestión que no hace al caso, se lee lo siguiente: «....y cuenta que, cual médico moderno, militamos en las filas de las más modernísimas escuelas, pero, llevados siempre de un espíritu positivista, no nos alucinamos hasta el punto de admitir lo dudoso como cierto; no rehuimos las hipótesis y teorías cuando como á tales son emitidas y cuando ni por un momento dejan de estar apoyadas por la fuerza de una lógica más ó menos acomodaticia, más ó menos convencional, pero lógica al fin». ¿Cómo se compagina ésta profesión de fe del Graduando con su resolución decidida á admitir luego como excitantes ó antiespasmódicos el almizcle, el castóreo y la valeriana, medicamentos que por todos conceptos han pasado ya á la historia? ¿Dónde está el espíritu positivista? ¿Dónde la proclamada lógica?

EL GRADUANDO: No olvide S. S. que esa especie de protesta sacada á colación, es lanzada desde el campo de la etiología y patogenia, donde uno puede hacer alarde de modernísimas tendencias sin que implique contradicción alguna el no tenerlas para con los agentes de la Materia Médica, que es el lugar á que pertenecen el almizcle, la valeriana y el castóreo. Por otra parte, no creo que el *positivismo* en Terapéutica suponga una condescendencia tan ilimitada que induzca á admitir sistemáticamente toda esa pléyade de agentes que en las más de las veces no tienen otros méritos que el de la novedad y el de ir su nombre seguido de otro detrás del cual se esconde una personalidad cuya buena fe científica no siempre está al alcance de la conciencia de las demás...; no, la escuela positivista da carta de naturaleza sólo aquello que, sancionado por la experiencia, ha resistido á las pruebas y contrapruebas sin hacer vislumbrar jamás un resultado sensiblemente negativo ó contrario á su especial modo de obrar; ella, cuando tiene la suerte de tropezar con un medicamento que él mismo—no su patrocinador—demuestra su indiscutible supremacía respecto al que hasta entonces con igual objeto se empleara, lo prefiere y antepone á éste, que se ve bien pronto relegado al lugar que le corresponde. En el interin no se me den sustancias capaces de sustituir con ventaja al castóreo y al almizcle, confieso con sentimiento que éstos seguirán siendo mis recursos terapéuticos en todos aquellos casos en que la experiencia de los grandes maestros antiguos y modernos ha bien prefijado las verdaderas indicaciones.

*

EL DR. HERNANDO: ¿Cómo es que, al hablar de la digital, se dá aquí la preferencia á la digitalina de Homolle y Quevenne, siendo ésta, de todas las digitalinas obtenidas, la menos pura?

III

EL GRADUANDO: En primer lugar, conste que, al hablar de la digital, no doy la preferencia á ninguno de sus alcaloides, ya sean ellos obtenidos por el agua ya lo sean por el alcohol, sino que la doy á la infusión de las hojas secas de la propia dedalera purpúrea; y en segundo lugar, no conceptúo buena razón aquella que se funda en la impureza de un medicamento para dudar de la bondad de sus efectos fisiológicos; á ser así, no nos fuera dable preferir la digital á cualquiera de sus alcaloides, que el más impuro, químicamente hablando, lo será muchísimo menos que la sustancia de la cual procede. ¿Por qué al opio, por ejemplo, todavía no se le puede reemplazar completamente con ninguno de sus alcaloides conocidos? Hay principios que estapan á toda investigación química, y hay investigación química que aún no puede llevarse á cabo con retortas orgánicas y vivientes, so pena de llegar á conclusiones gratuitas ó de romper ya por completo la pretendida correlación entre las reacciones de laboratorio y las francamente naturales.

*

EL DR. HERNANDO: Entre el sinnúmero de sustancias que el señor aspirante á la investidura cita como sedantes, las hay con propiedades estimulantes.

EL GRADUANDO. No lo dudo, puesto que se trata de sustancias en su mayoría desconocidas que enumero sólo á título de curiosidad, cuidándome bien, á renglón seguido, de llamar la atención sobre lo dudoso de su utilidad. Sin embargo, manejadas á conveniente dosis, quizá todas dieran el resultado apetecido.

EL DR. REDONDO: No estoy conforme con este párrafo que dice: «...cuando tal muerte repentina ocurra, se tratará, con seguridad, de la insuficiencia aórtica, la única, de entre todas las formas endocardíticas, que puede matar sin previos sufrimientos » Para mi, lo mismo puede dar lugar á una terminación brusca esta forma que cualquiera de las demás.

EL GRADUANDO: La afirmación absoluta es una frase que todo clínico debe borrarla de su Diccionario; tanto es así, que al afirmar yo de una manera rotunda que la insuficiencia aórtica es *la única* que á los cardíacos puede matar repentinamente, no me propuse darle otro significado que el que suele tener lo absoluto dentro lo relativo; con lo cual, por otra parte, dicho se está que en mi fuero interno no puedo transigir con lo que S. S. pretende, es á saber, que pueden con igual frecuencia cortar bruscamente la vida del enfermo todas y cada una de las distintas formas de endocarditis. Permítaseme el intento de dar la explicación—amparándome en la fisiología patológica—del por qué la insuficiencia aórtica mata de repente con tanta frecuencia y del por qué es de todo punto casi imposible el que esto suceda tratándose de otra endocarditis exenta de complicación.

EL DR. REDONDO: No hay necesidad de tales explicaciones.

EL DR. MORENO POZO: Estoy en un todo conforme.

EL DR. YAÑEZ: No tengo nada que objetar.

Madrid 30 de Junio 1893.