

Josi de C. Riquelme Peres

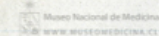
1231
0725
1583

6 Julio 1883



Lesiones valvulares Cardíacas.

— Su diagnóstico —

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Señor:

Una asistencia diaria a los Hospitales, nos deja la triste impresión del ~~sin~~ número de individuos que mueren, año por año, de lesiones valvulares cardíacas; su frecuencia en la jente acomodada; algunos casos de muerte ~~repetitiva~~ en las Casas o calles públicas, debidas a ellas; la frecuencia del reumatismo articular agudo i del alcoholismo en nuestro país, causas frecuentes de las enfermedades del corazón; nos demuestran la gran importancia del conocimiento exacto de estas lesiones.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL Esta misma importancia



WWW.MUSEOMEDICINA.CL

me ha inducido a tomar el diagnóstico de estas enfermedades, como tema para el presente trabajo, que someto a vuestra consideración, esperando merezca vuestra aprobación.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los adelantos de la Fisiología moderna, hacen cada día mas fácil el diagnóstico de las lesiones valvulares, que ántes era, casi siempre, acompañado de la duda o la incredulidad. Esto era debido, en gran parte, a la semi-oscuidad que reinaba en la Fisiología del corazón; hoy esto ha desaparecido, i las diversas i contrarias teorías antiguas han llegado a desaparecer de la práctica i a refundirse en una sola, aceptada por casi todos los autores.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

No obstante probar la verdad de una teoría ya demostrada; i solo resu-

miré, para la mejor inteligencia de estos
apuntes, una revolucion completa del cora-
zon: primer tiempo, primer ruido, sistole
ventricular; segundo tiempo, segundo
ruido, diástole ventricular; tercer tiempo,
descanso del corazon, sistole auricular. A
este último tiempo se le llama gran
silencio, en contraposicion al pequeño
silencio, que es el espacio casi imper-
ceptible que media entre el primero i se-
gundo tiempo; pero como el pequeño
silencio es solo un punto de separacion
que hace oír en los ruidos del corazon
dos tonos diferentes, uno grave i otro bre-
ve, i como en los hechos patológicos
del corazon no se puede referir a este
tiempo ningun ruido anormal, no lo
tomaré en consideracion para el diag-
nostico de las lesiones valvulares.

Casi todos los signos por los
cuales se conoce una alteracion valvular
son variables, por consiguiente, carecen

de valar i muchas veces nos condu-
cirán a error. Nos bastará conocer las
diferentes fases por que pasa el corazón
dada una lesión valvular cualquiera,
para convencernos de este aserto. Desde
luego tendremos signos, ya dados por
el corazón del corazón, ya ~~puestos~~ por
los otros órganos ~~puestos~~ en desórden;
pero al mismo tiempo el corazón se
dilata e hipertrofia por causa de la mis-
ma lesión, i entonces tendremos otros sig-
nos, o hie, disminuye o escapa la intensi-
dad de los existentes. Después vendrá
la compensación i en ella disminuirán
en los signos, que desaparecieron en su
mayor parte. Por último, la lesión val-
vular llegada a su maximum, produ-
cirá la relajación muscular del cora-
zón, destruyendo así la compensación.
Tenemos, pues, tres períodos o fases en las
lesiones valvulares: 1.º de trastorno circ-
ulatorio o dilatación; 2.º de compensación,

hipertrofia, i 3.º de relajacion muscular o asistolia.

Los signos suministrados por la auscultacion, unidos a los que nos da el pulso, mediante el esfigmografo, son la base de todo diagnóstico seguro. Los otros signos nos servirían para comprobar la existencia de una alteracion en las válvulas o en los orificios del corazon.

II

La auscultacion i los signos esfigmográficos han sido el objeto de los estudios clínicos que voy a esparar.

Por la auscultacion se perciben los ruidos patológicos i fisiológicos, aquellos son muy variados, ya suaves, ya ásperos i aun hasta musicales; pero para saber su importancia es siempre preciso compararlos con los fisiológicos.

Percebido un ruido, hai tres cues-
tiones que resolver: en que tiempo se
produce; donde tiene su mayor inten-
sidad, i en que direccion se propaga.

El exámen atento de estos tres puntos
nos dara una idea clara de la le-
gion, ya sea de los orificios,
ya de las valvulas del corazon.

Si puesto el oido o el este-
toscopio en la rejion precordial senti-
mos un ruido anormal que acom-
paña o reemplaza al primer ruido
fisiológico, diremos que es del primer
tiempo, i se verifica en el sistole
ventricular. Para saber su origen re-
cordaríamos lo que sucede en este
tiempo de la revolucion cardiaca.
El sistole, o contraccion de los ventricu-
los, rechaza la sangre enérgicamen-
te, i esta es lanzada al orificio
arterial, estando cerrado el orificio
ventricular; entonces si la san-

que no encuentra obstáculos, su salida será silenciosa i no se oirá mas que el chasquido valvular normal, primer ruido. Pero pueden suceder dos

cosas: o el orificio arterial está disminuido en su calibre, o el aurículo ventricular no se cierra bien; en uno i

otro caso tenemos ruido de soplo: por el roce producido por la sangre al pasar por el orificio estrechado, o por el reflujó de la sangre del ventrículo a la aurícula. De aquí tenemos

que un ruido de soplo sistólico indica o una estrechez arterial o insuficiencia aurículo-ventricular, i

sabremos si es lo uno o lo otro fijándonos en que punto tiene su mayor intensidad; así, si es en la base será la estrechez, i si es en la punta será la insuficiencia, atendida la situación anatómica de los orificios.

Después del sistole ventricular,

La sangre que ha pasado a las arterias tiende a volver al ventrículo, pero es detenida por la distension de las válvulas sigmoides; de aquí el segundo ruido normal o diastólico. Ahora, no obturando las válvulas completamente el orificio arterial, la sangre volverá al ventrículo i por su roce producirá un ruido anormal que coincide con el diástole, i que nos indicará su insuficiencia.

La siguiente lei, aceptada por la mayoría de los autores, dice: "todos los ruidos anormales del corazón, de cualquier naturaleza que sean, se propagan siguiendo la direccion de la corriente sanguínea". Ahora bien, aplicando esta lei a los casos espuestos, resulta: que en la estrechez arterial, como el soplo es producido por el paso de la sangre a las arterias, segun

queda probado, este soplo se propaga-
rá siguiendo la corriente sanguínea
de las arterias; lo mismo en la in-
suficiencia auriculo-ventricular, el ruido
se propagará siguiendo una dirección de
la punta a la base del corazón; la di-
rección será tomada en la insuficien-
cia arterial, o sea, del orificio arterial
a la punta.

A mas de estos ruidos, ya
estudiados, es muy comun encontrar
un ruido de fuelle suave, que se ma-
nifiesta al fin del diástole, pocas ve-
ces durante todo el periodo, y al
concluir este tiempo las mas veces; se
produce en el momento en que la
sangre pasa de la aurícula al ventri-
culo, e indica que este paso no se efec-
tua libremente, por que este orificio
está estrechado; pues que cuando es
insuficiente produce un soplo en dis-
tinto tiempo. Este ruido es el presis-

tolios, o que precede al sistole ventricular, i como en la insuficiencia tiene su mayor fuerza en la punta. Segun esto, siempre que hai una estrechez auriculo-ventricular debe haber soplo presistolico; pero en la práctica se han visto muchos casos en que este soplo no se presenta en toda la enfermedad; Stokes explica esto por estrechez exagerada, i cita un caso en que la estrechez era tan considerable, que apenas dejaba pasar una pluma de pato. Tambien debe suceder lo mismo en las estrecheces poco considerables, o en los casos de relajacion muscular del corazon. Mas, en este caso nos queda otro signo que se presenta en algun periodo de esta lesion, i es el desdoblamiento del segundo ruido normal; i entonces, en lugar de dos, se perciben tres ruidos normales: dos diastolicos i uno sistolico. Segun Barth

i Roger la anomalia depende de que uno de los ventriculos se llena antes que el otro, en que reside la estrechez; por consiguiente, contrayéndose mas pronto, el choque de la vuelta de la sangre en la arteria contra las sigmoides, se da un poco antes, i se producen así dos segundos ruidos. Jacoud da una esplicacion diferente: el segundo tono vascular, dice, se compone de dos elementos: uno el propagado, que es el chasquido de las sigmoides; otro, producido en el mismo sitio, que es el choque de la sangre sobre la pared del ventriculo, al principio del diastole. En el estado fisiológico, estos dos elementos estan intimamente fusionados en un solo ruido; pero, si el orificio está estrechado, el segundo elemento puede retardarse sobre el primero, que está influido por la lesión; i entonces se encuentra un

segundo ruido doble; i, agrega, que esto solo es posible cuando no hai soplo. Como se ve, uno atribuye este desdoblamiento a la falta de isocronismo entre los dos ventriculos, i el otro como producido solo en el ventriculo enfermo por falta de isocronismo entre los elementos del tono correspondiente a este. Stokes cree muy dificil explicarlo, pero afirma que es motivado por las valvulas i no por los musculos del corazon; prueba esta asercion por su frecuencia mayor en el supino que en la posicion vertical, lo que ha observado en varios casos.

La primera explicacion es aceptable cuando el desdoblamiento pertenece a los dos ruidos del corazon i con igual intensidad, lo que es muy raro en la práctica.

La de *Jacoud* es aplicable a aquellos casos en que se oye solo en el segundo tiempo, i en el primero no hai descomposicion. Se oye por lo comun en la punta i al lado izquierdo, i la sucesion de estos ruidos ha sido comparada al ruido producido por el galope de un caballo o al redoble de un tambor.

III

Habiendo ya explicado las bases en que se funda el diagnóstico de las lesiones valvulares, en general, pasaremos a determinar cuando pertenecen al corazón derecho o al izquierdo.

Sabemos que en la inmensa mayoría de casos pertenecen al izquierdo. Además, cuando el foco de los ruidos patológicos está en la punta se oye a la izquierda,

la lesión pertenecerá al orificio auriculo-ventricular izquierdo, i vice-versa. Si el foco está en la base i a la derecha, pertenecerá a la aorta, i a la arteria pulmonar si está a la izquierda i en la base.

Sin embargo, en la práctica no es fácil hacer esta distinción, i a veces es imposible; ya por las desviaciones del corazón, ya por el apagamiento de los tonos, ya por el edema que viene a aumentar la distancia entre el oído i el sitio de los ruidos, ya por otras causas. Pero en estos casos bien auxiliar en el exámen de los vasos del cuello; así, en una estrechez arterial la prolongación del soplo a las arterias carótidas nos indica con seguridad que la lesión reside en la aorta, i el estardo de las irregulares nos dará in-

dicio de una insuficiencia en el orificio de la arteria pulmonar. Debe tenerse presente que las lesiones orgánicas primitivas en este orificio son muy raras, y la fisiología de las funciones del corazón nos explica esta falta. Erichsen ha reunido nueve casos, todos seguidos de la autopsia, y ha encontrado estrecheces e insuficiencias. En todos estos casos, sin excepción, los ruidos de soplo, sistólicos o diastólicos, tenían su maximum de intensidad a la izquierda y en la base. Las lesiones de este orificio son comunes durante la vida intrauterina.

En las insuficiencias o estrecheces auriculo-ventriculares, distinguiremos si es del lado izquierdo o derecho por el pulso venoso en las yugulares; pues, este pulso

es propio de las lesiones del corazón derecho. Aun no se conocen bien las diferentes clases de pulso venoso, pero podríamos distinguir dos: uno, el verdadero, que coincide con el sistole ventricular, es propio de la insuficiencia de la tri-cúspide, y otro, que es solo una ondulacion de la sangre en las venas, o mas bien, un movimiento vermicular como el de las aurículas, coincide con el diástole i es producido por la estrechez del orificio auriculo-ventricular derecho; pero aun no hai certeza a esto respecto.

Aun hai otros ruidos patológicos que facilitan u ascurecen el diagnóstico; pero no teniendo la importancia de los que estudiamos, i, siendo mas comunes en las lesiones complicadas

das, hemos querido no tratar de ellos.

IV



El pulso nos da cuenta del estado de la circulación arterial, i, dependiendo esta directamente del corazón, pues, hasta ciento puntos, carecen las alteraciones de este por las de aquel.

Las diferentes alteraciones del pulso, grande o pequeño, duro o blando etc. etc., son en jeneral cuestiones de apreciación, que, según el estado del tacto i varias otras circunstancias, pueden conducirnos a error. Las irregularidades, dicrotismo, intermitencia etc..., si bien pueden ser apreciadas por el tacto digital, no nos da su naturaleza íntima que es indispensable para el diagnóstico de las lesiones orgánicas del corazón.

Heaí un instrumento que nos sirve para apreciar todas las cualidades del pulso, i es el esfigmógrafo, que desde su origen ha recibido un número de modificaciones en su mecanismo.

Al hablar del esfigmógrafo, me refiero al de Marey que es el que usamos en nuestra Clínica. No haré su descripción, ni diré el modo de servirse de él, pues ambas cosas son de todos conocidas; i basta leer el tratado de Marey, Lorain u otros para adquirir una idea bien precisa en este respecto. Así es que haremos solamente la descripción de un trazado normal, reservándonos volver a compararnos del esfigmógrafo solo en aquellos casos en que este trazado presente anomalías.

El trazado normal de cada pulsación se compone de tres par-

tes; una línea ascendente, o altura del trazado, que mide la amplitud del pulso; esta línea corresponde al sistole ventricular i diástole arterial; esta línea tiene, según la edad i sexo, de 1 a 5 milímetros de longitud. Un vértice mas o menos redondeado, que forma el punto de demarcación entre la línea ascendente i descendente. La línea de descenso, que es mas o menos doble de la primera, forma ligeras ondulaciones i corresponde al sistole arterial i diástole ventricular; estas ondulaciones son debidas a la elasticidad de la pared arterial, que al contraerse produce vibraciones, de las que el esfigmógrafo participa i las transmite al papel.

Este trazado es el tipo i cual quiera alteración en la forma, sucesiva etc. nos indicara un esta

do patológicos de la circulación i del corazón.

V

No nos hemos ocupado mas que de las lesiones orgánicas simples del corazón por parecernos que, considerado con precisión el diagnóstico de las lesiones simples, con alguna atención i práctica se llega a diagnosticar con seguridad las complicadas que son las mas comunes.

Stokes, hablando de las lesiones orgánicas del corazón dice que: "la multiplicidad es la regla, la unidad la escepcion." Asi la estrechez auriculo-ventricular izquierda, se acompaña comunmente de insuficiencia mitral que tiende a regularizar los desórdenes ocasionados por la primera, en particular los del primer grado. Es de notar que esta

lesion (estrechez en insuficiencia mitral) parece no tener pulso esfigmográfico especial, pues los trazados dados por Marey i Laeouds son casi iguales al normal; pero como la auscultacion sola es casi siempre concluyente para el diagnóstico de esta afeccion, el esfigmógrafo no es aqui de mucha utilidad.

VI

Voi a leeros algunas observaciones en las cuales he creido encontrar un comprobante de lo anterior.

Observacion 1^a

Insuficiencia aórtica — El 20 de Junio del 81, entró a ocupar el N.º 26 de la sala de San-Camilo, N. N., individuo como de 40 años de edad; de oficio albañil, i que tenia luxado el hombro derecho. A mas, el individuo tenia una disnea que nos

llamó la atención, e interrogado a este respecto nos dijo que hacia cerca de dos años sentía fuertes palpitaciones cardiacas i cansancio, sobretudo cuando trabajaba o hacia un ejercicio cualquiera; puesta la mano en la región precordial nos sorprendió la fuerza del choque precordial i un estremecimiento catárico bien manifiesto; agrégame a esto los enérgicos latidos de las carótidas. Por lo demás, según decía el enfermo, lo que mas le molestaba era la luxación.

En la base del corazón, a la derecha i en el foco aórtico se oía un soplo áspero, musical, diastólico que se propagaba a lo largo del esternon. Los movimientos cardiacos eran enérgicos i regulares. La auscultación de las carótidas daba resultados negativos.

Cinco días después tomamos un trazado esfigmográfico, que estaba caracterizado por cuatro particularidades: gran altura i ascension vertical, vértice mui agudo (crochet de la insuficiencia), declinacion rápida de la línea descendente i un conjunto regular del trazado; este trazado fué comparado con los de Marey, i era igual al que Marey trae como tipo en la insuficiencia. El septo día tolé i este trazado nos hizo diagnosticar una insuficiencia aórtica.

El enfermo permaneció quince días en el Hospital, tiempo existieron los mismos síntomas cardiacos, con ligeras variantes.

El tratamiento fué digital, tónicos alternados con purgantes. En fin salió del Hospital en el mismo estado, aunque algo mas debilitado.

A principios de Agosto vuelve nuevamente al Hospital: la asistolia era completa, los pies i manos edematosos, la cara algo cianótica i una prostracion jeneral. Dos dias despues murió repentinamente por síncope,

que es lo mas comun en esta clase de lesion. Esta muerte repentina, la explica Moriac, por una interrupcion en la circulacion de las paredes del corazon, arterias i venas coronarias.

La autopsia comprobó el diagnóstico: las válvulas sigmoides aórticas eran insuficientes para cerrar el orificio, i esto no solo dependia de las válvulas, sino que ademas habia un principio de degeneracion ateromatosa en la aorta. Esta degeneracion, produciendo en la arteria la falta de energia i elasticidad de sus paredes, habia producido, sin duda, la dilatacion del orificio; de

aquí que las válvulas fuesen insuficientes i que la sangre en su pasaje produjere el soplo áspero, con timbre musical; el ventrículo izquierdo estaba hipertrofiado, el tejido muscular relajado.

Es el único caso de insuficiencia aórtica pura que me ha sido posible observar. No he encontrado un caso de estrechez aórtica aislada.

Observacion 2^a

Insuficiencia mitral. José Yunsunsa, de 75 años de edad, granjero, natural de Concepción, entró, el 27 de Octubre del 82, a ocupar la cama N.º 19 de la sala del Salvador.

Dice que ha tenido tres o cuatro ataques de reumatismo poliarticular; que desde el último ataque, su salud ha sido mala, por que constantemente tenía que

dejar de trabajar por la hinchazon del vientre i de las piernas; esta hinchazon hace como seis meses que le empezó, i durante este tiempo le han molestado tambien varios ataques de catarro pulmonar; finalmente, hace como ocho dias le duele mucho la espalda, bastante con desgarró ^{de} ~~parte~~ sangre casi pura, i esto lo hizo venir al Hospital.

Procediendo al exámen del pulmon, notamos ambos congesti-
nados, i una pneumonia en su 1.^{er} periodo en la base del pul-
mon derecho.

El hígado ligeramente cons-
tornado. Lengua saturada, sabor a-
margo en la boca i hace tres dias
está estreñido.

En el corazon percibimos un
soplo en el 1.^{er} tiempo, con masci-
mum en la punta i a la izquier-

da, con propagacion hácia la base.

Temperatura - 39,2 - Pulso - 120 - Respiraciones - 36.

Hoyándonos en la tarde, Cardiacamente diagnosticamos una insuficiencia mitral, i como sus dependientes las congestiones pulmonar, hepática i renal, pues que la orina, bastante cargada de ácido úrico i uratos, examinada por el calor nos dió un precipitado de albúmina en cantidad bastante notable.

Este día se le dió un salido, i se le mandó aplicar 12 ventosas.

Al día siguiente (28) habia pasado el estado sabural, i el hígado habia disminuido un tanto.

Este día tomamos del brazo derecho el trazado, N.º 1, i como se vé este trazado no tiene amplitud, es irregular i en algunos puntos parece dicrot, este trazado es muy semejante al que presenta Mearny como tipo

N.º 1.

Brazo derecho.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Octubre 28.

en la insuficiencia mitral, al que lo hemos comparado.

Desde este día al 1.º de Noviembre el tratamiento fue variado: polvos de nitró, preparaciones con quina, vejigatarios.

El 2 de Noviembre el enfermo está muy postrado, el pulso era filiforme, muy blando i después de muchas tentativas obtuvimos en el trazado N.º 2, el cual es bastante irregular, línea de ascension baja i manifestando mas bien el estado ateromatoso de las arterias.

El enfermo murió al día siguiente.

La autopsia comprobó nuestro diagnóstico, a mas de ser insuficiente la mitral estaba inervada de concreciones calcáreas que empujan bajo el escarpelo; el ventrículo izquierdo estaba hipertrofiado i duro, dilatada la aurícula del mismo lado. No tomamos en cuenta las otras lesiones por no parecer-

N.º 2.

Brazo derecho



Noviembre 2.

nos útiles a nuestro objeto.

Observación 3.^a

Estrechez con insuficiencia mitral. José Dolores Pérez, de 45 años de edad, charcarero, natural de San Francisco del Monte, llegó a ocupar el N.º 2 de la sala del Laboratorio, el 20 de Diciembre del 82.

La persona que lo trae, dice que es enfermo del corazón, i que había estado dos veces en el hospital, habiendo salido casi en el mismo estado, eso sí que había disminuido algo la hinchazón del vientre i piernas; pero, agrega, nunca había estado tan mal como ahora.

Efectivamente la asistolia era completa: una postración general; manos, piernas i pies edematosos; la cara cianótica; i algo edematosa.

Desde luego examinamos el,

corazon que latia irregularmente, con intermitencias: dos, tres o cuatro contracciones seguidas, luego pasaba un tiempo igual a una o dos contracciones i despues volvía a latir. Escusado nos parece indicar que el pulso presentaba la misma alteracion. Auscultándolo notamos en la punta i a la izquierda un soplo prolongado, que nos hizo diagnosticar una estrechez con insuficiencia mitral. No pudimos obtener un trazado esfigmográfico por el estado de postracion del enfermo. Dos dias despues murió; i en este intervalo de se le dió solo cordiales.

En la autopsia encontramos comprobado nuestro diagnóstico: hipertrofia del ventrículo i aurícula izquierdos; al mismo tiempo notamos la degeneracion calcárea, que era causa de que esta válvula no funcionase bien, i el orificio aurículo-ventricular estrechado.

por vegetaciones dependientes, talvez, de una endocarditis, que comprobamos por el estado rugoso e irregular del endocardio que estaba ademas engrosado i sus relieves ásperos i sin brillo. Encontramos igualmente un ligero derrame en el pericardio que era mucho mas abundante en las pleuras i enorme en el peritoneo.

Observacion 4^a

Lesiones en todas las válvulas, siendo bien marcada la insuficiencia aórtica. — Gedeonso Arce, de 30 años de edad, lancero, soltero, natural de Nicaragua; entró a ocupar el N.º 10 de la sala del Salvador, el 12 de Junio del presente año.

Dice hace seis años tuvo un reumatismo poliarticular; desde esa época su salud solo ha sido interrumpida por fiebres intermitentes repetidas; pero

que hace tres meses empezaron a hincharse los pies i las piernas, i sintió dolores en la cintura, molestándole mucho un cansancio que no le deja ha-

cer el menor ejercicio. Además, dice, que hace pocos días se le hincharon los párpados i empezó a ponerse amarillo.

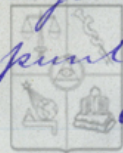
Desde luego nos llamó la atención este tinte icterico muy pronunciado, sobre todo, en la conjuntiva ocular i el edema de los párpados.

El hígado era muy doloroso a la presión i estaba bastante congestionado.

El bazo notablemente aumentado de volumen, especialmente los diámetros horizontal i vertical.

Examinado el corazón encontramos soplo en todas las válvulas: presistólico en la mitral; sistólico en la tricúspide, i un alargamiento del segundo ruido en las sigmoides pulmonares. Pero donde el soplo era mas

marcado i con carácter raspante es en la base i hacia la derecha, en el segundo tiempo, propagándose a la punta.



Museo Nacional de Medicina

En vista de estos datos diagnos-

ticamos un desorden valvular general, llamándonos especialmente la atención la insuficiencia aórtica por el timbre especial del soplo en este foco. El pulso era rebotante i depresible.

El 16 de Junio obtuvimos el trazado N^o 3, del brazo derecho: la línea de ascension es vertical i muy alta;

por que espresa la brusquedad de la expansion de las arterias, bajo la influencia de la oleada sanguínea lanzada por un ventriculo hipertrofiado (pues que en estos casos siempre hai hipertrofia); en el vértice notamos una especie de gancho en lugar de la meseta, indicando el descenso brusco de la presión arterial, en el momento

N^o 3.

Junio 16 - brazo derecho.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



en que la sangre vuelve al
lo.

El tratamiento ha sido desde el
primer día purgantes salinos alter-
nados con tónicos i Agua de Vichy; no
tándose un mejoramiento apreciable.

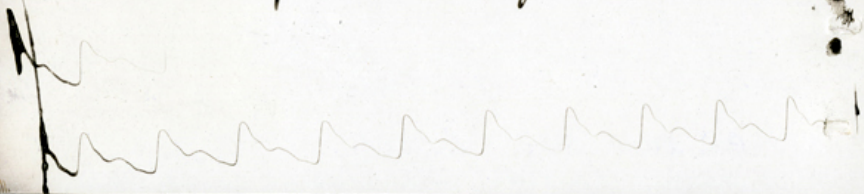
El día 21, tomamos el trazado
N.º 4, en el mismo brazo derecho i nos
confirma el mejoramiento que habíamos
anunciado por la desaparición de la
raspa i el soplo suave, que nos in-
dica que la válvula se cierra mejor.

Comparando los ^{Museo Nacional de Medicina} ~~trazados~~ es más
apreciable aun la diferencia, pues este
último es muy semejante al normal,
mientras que el otro es igual al tipo de
Marey en la insuficiencia aortica.

Este día se dió al enfermo un salino.
La mejoría es aun mucho más
manifiesto, pues han desaparecido
casi todos los fenómenos moles-
tos. Desde el 22 se le ha variado

N.º 4.

Junio 21 - brazo derecho



el tratamiento, dándosele un gramo diario de Yoduro de potasio.

Se tomó esta observación por la simultaneidad de lesiones en todas las válvulas.

VII.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al terminar este trabajo, debemos advertir que casi siempre solo nos hemos referido al corazón izquierdo, por ser el más comúnmente afectado i por que atendido al isocronismo de las dos mitades del corazón, lo que se aplica a una mitad puede ser igualmente aplicable a la otra.

Así que, reasumiendo tenemos:

- 1.º — Soplo en el primer tiempo, con maximum de intensidad en la punta i a la izquierda, propagándose hacia arriba: insuficiencia mitral.
- 2.º — Soplo en el primer tiempo, con maximum en la base i a la derecha,



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

propagándose a las carótidas: estrechez aórtica.

3^o - Soplo en el segundo tiempo, con maximum en la base i a la derecha, propagándose a la punta: insuficiencia aórtica.

4^o - Soplo presistólico, con maximum en la punta: estrechez mitral.

Ademas en el curso de las observaciones hemos notado, que una lesión valvular cualquiera, enjendra lesiones secundarias, cuya esplicacion tiene una gran importancia para el diagnóstico. Esta esplicacion que parece imposible, deja de serlo despues de precisado el sitio de la lesión i recordando la lei de Cruveilhier: cuando hai una estrechez en un punto de la circulacion, la parte que precede se dilata e hipertrofia, la que sigue se estrecha i atrofia.

José del C. Riquelme Pérez.

Museo Nacional de Medicina
Santiago, Junio de 1883

