

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Humberto Díaz

REDACTORES:

Dr. Antonio Vidal

Dr. Ricardo D. Alduvín

Dr. Salvador Paredes

ADMINISTRADOR:

Dr. Miguel A. Sánchez

Año III Tegucigalpa, Honduras, C. A, Julio de 1933 | No. 33

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

LOS distinguidos doctores don Juan A. Werner y don Pedro Baldeón, Secretarios de la Asociación Médica Peruana, nos participan en muy atenta nota, la reciente fundación en la ciudad de Lima, de la "Asociación Médico-Quirúrgica Latinoamericana.", bajo los auspicios de aquella noble entidad y de la Sociedad de Cirujanos de Santiago de Chile.

*Este paso, de gran trascendencia y de gran significación para el gremio médico hispanoamericano, habla elocuentemente de la elevación de miras y de la **amplía** ideología de que están poseídos sus iniciadores.*

*De los conceptos de sus mensajes, enviados a 'nuestra asociación, hemos deducido también el saludable optimismo y el justo valor de las edificantes aspiraciones que animan a las sociedades médicas de los gloriosos países de **Chile** y el Perú, que acaban de unirse en estrecho abrazo.*

Reconocen, entre otras cosas, que la unidad de acción del elemento medico de Latinoamérica debe realizarse, puesto que; "Ligados por vínculos etnológicos y geográficos, nada más natural que nuestros problemas resulten similares, nuestras tendencias comunes y comunes también nuestras aspiraciones ante los nuevos postulados que rigen a las ciencias médicas: Comprensión, Colaboración y Perfeccionamiento".

Los esfuerzos, pues, de la nueva agrupación, se fincarán en una labor de acercamiento espiritual, acercamiento fraternal, razonado y hondo que encausará a las generaciones médicas-de nuestro continente, a la conquista de su engrandecimiento,...

Como primer paso, se ha acordado la celebración de jornadas médicas que deben de haberse verificado en Lima a mediados del presente mes; y con ésto, no sólo se ha dado principio a la tarea mencionada ya, sino que se ha glorificado también a la figura luminosa de Hipólito Unanue, llamado con justicia el padre de la medicina peruana, de cuya sentida muerte se ha cumplido el primer centenario el 15 de julio del año en curso.

Del resultado de las referidas jornadas, dados los temas que se han propuesto, se derivará la continuación de la notable obra escrita por Unanue: "El Clima de Lima y su influencia sobre los seres organizados, en especial el hombre". Y con esto, nuestras esforzados colegas habrán ganado muchísimo terreno en la resolución de los grandes problemas que implican la geografía médica, la climatología y la higiene social peruanas.

Al llegar a nuestras manos el órgano de publicidad de la nueva falange, en el cual se encuentra el acta de fundación, la daremos a conocer a los lectores de la "Revista Médica Hondureña". Mientras tanto, que reciban un caluroso aplauso los distinguidos compañeros que acaban de iniciar una obra tan plausible, significativa y meritoria.

Un caso de embolia de la artería pulmonar

Por el Dr. S. Paredes P.

En el Hospital "II Policlínico" de esta ciudad, Clínica Quirúrgica del Profesor Alessandri, he visto hoy algo soberbio. Una mujer de 50 años fue operada hace 17 días por cuerpo extraño del esófago (hueso de carnero), consistiendo dicha intervención en una esofagotomía.

Sobreviene una mediastinitis ligera: la temperatura al principio alta desciende y los demás síntomas van desapareciendo. Hoy a las 8, cambio de aposito, no hay pus, no hay temperatura,

la herida está casi cicatrizada,

A las nueve y media, la enferma es atacada súbitamente de un fuerte dolor retroesternal, pulso acelerado y débil, cianosis y disnea. Alessandri hace inmediatamente el diagnóstico de embolia de la pulmonar. Su primer asistente, Profesor Valdoni, es encargado de operarla. La mujer es llevada muerta a la sala operaciones, siete minutos habían durado los padecimientos.

en la oscuridad, y sigue siendo, por lo tanto, objeto de grandes discusiones. Que la influencia de afeciones crónicas anteriores del aparato respiratorio, favorezca la fijación del treponema, parece incierto; aceptándose únicamente como regla práctica que, en las infecciones adquiridas la sífilis pulmonar es tardía, al contrario de lo que sucede en la sífilis hereditaria, la cual afecta el pulmón con una predilección particular aun antes del **nacimiento**.

Lesiones anatómicas. — Con respecto a las lesiones anatómicas, quiero recordaros que la sífilis, pudiendo asertar en cualquier parte del pulmón, parece que tiene preferencia marcada por localizarse hacia la parte media (Regiones biliares), sobre todo del lado derecho, según afirma Grandidier.

Sus formas principales: la forma **hiperplástica**, la forma gomosa y la **forma esclerosa**. La forma hiperplástica es la lesión característica de la heredosisífilis pulmonar, constituye lo que se **llama** la *neumonía blanca* de **Virchow**, forma que no difiere de la hepatización roja de la *neumonía lobar*, más que por su coloración blanca o asalmonada.

La forma gomosa, como su nombre lo indica, se caracteriza por la formación de gomas que evolucionan, ya a la degeneración caseosa o ya a la fibrósis, por reabsorción de las partes de tejido mortificado.

La forma esclerosa puede presentarse bajo dos aspectos: la forma blanda, que constituye un estado evolutivo de la *neumonía hiperplástica*, y la forma dura, que es el tejido cicatricial que probablemente sucede a la primera, produciendo lesiones de endo y periarteritis y tabicando el parénquima pulmonar con bridas fibrosas que por regla general parten del **hilio**. Esta forma, que he mencionado por último, es la que a mi entender predomina en el caso de que me ocupó, y digo *predomina*, porque todos los autores están acordes en que casi nunca se encontrará una **forma** aislada, la regla es comprobar lesiones de carácter mixto; por lo menos, procesos de dilatación bronquial. En grados diferentes se agregan a las lesiones fundamentales

Sintomatología. — La sintomatología de la **sífilis** pulmonar tiene grandes puntos de contacto con la **sintomatología** de la tuberculosis de dicho órgano, de **ahí** que se les confunda tan a menudo, sin que dejen de coexistir en muchos casos. En cuanto a los síntomas funcionales, os recordaré ante todo que la tos, es habitual en las neumopatías sífilíticas, sin que revista por eso caracteres especiales. La expectoración es abundante, mucopurulenta, purulenta y hasta puriforme cuando hay una considerable dilatación bronquial, pudiendo presentarse las vómiticas en dichas circunstancias. La disnea es **un** síntoma que

A NUESTROS LECTORES

Debido a las circunstancias anómala» por que atravesó el país, desde el mes de noviembre de 1932 al mes de febrero de 1933, la "Revista Médica Hondureña" ha sufrido un considerable retraso; para evitar las irregularidades consiguientes, se ha acordado ponerla al día con el presente número, el cual, en consecuencia, pertenece al mes de julio del año en curso.

L. D,

puede faltar, y en el caso de que me ocupó pudo comprobar su ausencia, por lo menos durante el tiempo que la enferma estuvo bajo mi vigilancia. El dolor, así como la tos, no tiene caracteres especiales y la punta de costado señalada algunas veces, depende de reacciones inflamatorias pleurales.

Las hemoptisis son menos frecuentes que en la tuberculosis, pero no dejan de ser un síntoma de gran importancia y de presentarse, como en ésta, algunas veces, proporciones alarmantes que pongan en peligro la vida del enfermo. En cuanto a los signos físicos, bien sabéis que están en relación con las diferentes formas anatómicas. Me concretaré a apuntar que en las formas esclerosas, entre las cuales he incluido el caso observado por mí, se manifiestan a la exploración física por los signos siguientes: A la inspección: cicatrices, retracciones, proceso de condritis y osteoartropatías torácicas, A la palpación: aumento de vibraciones vocales. A la percusión: submatidez. A la auscultación: respiración sopiante, inspiración

ruda, pectoriloquia áfona y **todas** las manifestaciones en fin, del aumento de condensación del parénquima pulmonar. No me detendré a hacer consideraciones con respecto a la evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, a ello me referiré después en lo que concierne a mi caso, cuyo resumen de observación es el siguiente:

M. G. P., de 45 años de edad, de oficios domésticos, viuda y vecina ele **Yauyupe**, ingresa al 1er. Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital San Felipe, el día 9 de marzo de 1933, quejándose de TOS, DEBILIDAD y DOLORS DE CABEZA.

ANAMNESIA

Anamnesia Próxima. — Manifiesta la enferma que hace cuatro meses, poco más o menos, comenzó a sentirse **mal**, con falta de fuerzas para el trabajo, tos acompañada de expectoración abundante, dolor de cabeza, enflaquecimiento y falta de sueño. Nos cuenta, además, que hace algunas semanas tuvo hinchazón de los pies, lo cual he interpretado, en vista de los detalles que

me da la enferma, como un proceso de ulceraciones interdigitales (Mazamorras probablemente), con su repercusión consiguiente en los ganglios inguinales.

Anamnesia Remota. — En su infancia padeció de tos ferina, viruela y sarampión, más tarde liebres palúdicas y gripe. Ha padecido de leucorrea y tuvo hace algunos años un bubón que le fue tratado quirúrgicamente, Regló a los 15 años, siendo sus períodos menstruales de tres días de duración y con flujo abundante. Ha tenido siete partos, entre los cuales hay uno prematuro (8 meses), dos abortos: uno de 1 mes y otro de 2 meses. Sufrió abundante caída de cabello, cefalalgias, dolores articulares y torácicos. Hace dos años tuvo dos hemoptisis de regular magnitud. Su vida ha sido siempre de escasez, dedicándose exclusivamente a los oficios domésticos. Ha fumado en abundancia y con alguna frecuencia ha bebido licor. El apetito ha sido normal, sed algo abundante; sueño, digestiones y **evacuaciones** normales. Antecedentes de los órganos circulatorios, digestivos, nerviosos, urinarios y de los órganos de los sentidos, normales.

Antecedentes Hereditarios. .
— Sin importancia.

Antecedentes Colaterales—Sin importancia.

ESTADO ACTUAL

Estado General. — Mujer de fisonomía más o menos tranquila,

enflaquecida, de alta estatura, piel morena con numerosas pigmentaciones parduzcas diseminadas por todo el cuerpo. Mucosas pálidas. Temperatura normal.

Aparato circulatorio. — **Estado** del corazón y de los vasos normal; pulsaciones, 85 por minuto. Presión arterial, 9½ Mx. y 4y₂ Mn. al Vaquez-Lauby.

Aparato digestivo. — Ausencia de la mayor parte de las pieas dentarias, por lo demás, normal.

Aparato respiratorio. — *Signos físicos:* a la inspección, nada anormal. A la palpación, disminución de la excursión respiratoria del vértice izquierdo, aumento de las vibraciones vocales en ambas regiones hiliares. A la percusión, acentuada submacidez de las mismas regiones. A la auscultación, inspiración ruda, expiración soplante y **pectoriloquia** áfona; todo esto localizado también en las regiones anteriormente referidas.

Síntomas funcionales: No hay disnea, no hay punta de costado ni fiebre. Hay expectoración, francamente purulenta, los esputos son **numulares**.

Sistema nervioso. — Normal.

Sistema ganglionar, — Hay **micro-poliadenitis inguinal**, hay adenitis epitroclear y **retrocervical**.

Órganos de los sentidos. — Disminución de la agudeza visual y auditiva.

Aparato génito-urinario. — **Endurecimiento** del cuello de la matriz. Hay leucorrea escasa.

Exámenes complementarios. —
Sangre. — Por hematozoario de Laveran, negativo. Recuento globular: eritrocitos, 3.872.000; leucocitos, 8,250 por mm. cúbico. Fórmula Leucocitaria: Mononucleares y Linfocitos, 63%; Polinucleares Neutrófilos, 47%; ausencia de Eosinófilos, Basófilos y Formas de Transición. Seroreacción de Kahn, positiva más cuatro (++++).

Espuito. — Negativo por bacilo de Koch, ocho veces consecutivas, aun después de la administración de yoduro de potasio. Negativo por micelios de hongos.

Orina — Normal. *Pus Vaginal*, —Negativo por gonococo. *Materias Fecales.*—Positivo por huevos de ascárides y oxiuros.

Examen Radiológico. — Envié a la enferma al departamento de rayos X, con el diagnóstico de esclerosis pulmonar de ambas regiones hiliares, en vista de los signos físicos, y de naturaleza sífilítica en vista de la historia de la paciente y del resultado de los exámenes de laboratorio. El Dr. Larios me remitió el informe siguiente: "Al examen radiográfico del tórax, se muestra un aumento de las arborizaciones bronquiales de, ambos lados, sobre todo del izquierdo, extendiéndose en forma de estrías desde el hilio hacia la periferie. El parénquima pulmonar no presenta infiltraciones. Diagnóstico: Fibrósis Pulmonar. No hay evidencia de Tuberculosis.

COMENTARIOS

Se trata, pues, de una enferma, que presenta una afección pulmonar de carácter crónico; con antecedentes específicos muy claros y que datan ya de varios años. La exploración del aparato respiratorio nos da toda la simiología de una esclerosis pulmonar, cuya naturaleza tuberculosa tuvo derecho a descartar en vista del resultado negativo de los repetidos exámenes de esputo, viniendo a justificar más mi proceder, la notable mejoría que se 'ha efectuado en la enferma bajo la acción del tratamiento específico, mejoría que llamó la atención del Dr. Larios, cuando la paciente se presentó por última vez al servicio de rayos X, dos días antes de dársele el alta, es decir, el 3 del presente mes.

La evolución del presente caso no pudo, pues, ser más satisfactoria y el tratamiento al que la enferma estuvo sometida fue el mercurial (cianuro de Mercurio por vía intravenosa), e inyecciones de bismuto por vía intramuscular. El yoduro de potasio lo administré en esta ocasión con el objeto de facilitar los exámenes de esputo y no con fines-terapéuticos; os extrañará tal vez mi conducta, puesto que recordáis que ha sido preconizado por a mayoría de los autores en casos semejantes, pero es que me he atendido a la lógica con que Sergent restringe, por decirlo así, el empleo de este medicamento en las neumopatías **sifi-**

líticas; oíd lo que al respecto dice el maestro francés: "El empleo del **yoduro** de potasio requiere restricciones extremas. Su acción congestiva sobre la mucosa bronquial lo hará rechazar cuando exista alguna razón para temer la existencia de la tuberculosis, y no deberá emplearse —solo o asociado— más que en las formas fibrosas con enfisema, en las que parece obrar menos como antisifilítico que como

modificador fibrolítico. Aun en estos casos, sólo se prescribirá a pequeñas dosis y bajo vigilancia".

En el caso del cual os he hablado, no encontré ningún síntoma ni signo revelador de enfisema pulmonar y en cambio la duda *que* a pesar de ser cruel, nos salva muy a menudo de los fracasos, me acompañó hasta que vi los magníficos resultados del tratamiento específico.

Una nueva teoría de los soplos anorgánicos: Frotamientos Cardio-Serosos

Una nueva patogenia de los soplos orgánicos. Soplos sin vena líquida Por el Doctor TEÓFILO ORTIZ RAMÍREZ (Prof. de; Clínica Propedéutica Médica de la Facultad de Medicina de México, D. F.)

Le professeur de médecine commence son enseignement á une époque *de* la vie où il n'a pas l'occasion de s'assurer de la veracité de ce qu'il enseigne. Il est donc obligé de diré aux étudiants ce qu'on lui a dit. Quand un homme commence á répéter une **chase**, il arrive **graduément** á le croire, et au bout de quelques années le professeur croit implicitement ce qu'il enseigne. C'est pour cette raison que beaucoup de professeurs sont si lents á adopter une nouvelle conception, surtout si elle jette quelque doute sur ce **qu'ils** ont enseigné **pendant** des années.

J. Mackenzie.

La auscultación es de los procedimientos y recursos de la cardiología, tal vez el más importante; desde Laennec ha venido precisando y depurando un amplísimo campo de la semiología. Actualmente ha cedido su pues-

to, en la investigación, a los procedimientos de laboratorio —radiología, electrocardiografía — *no* menos fecundos. A pesar de que una falange de clínicos eminentísimos ha espigado durante un siglo, por 'medio de la auscultación, en las cardiopatías, quedan aún problemas muy serios por esclarecer. Para no citar sino aquellos que surgen comúnmente, recordemos los enfermos que sobrellevan en condiciones favorables, durante años y años, y no obstante esfuerzos físicos más o menos frecuentes y considerables, una lesión valvular perfectamente caracterizada por sus manifestaciones acústicas no acompañada de claudicación miocárdica. Inexplicables tam-

bien son algunas contradicciones de la clínica y de la anatomía patológica: las válvulas íntegras, los orificios suficientes de individuos portadores de síntomas estetoscópicos inconfundibles, reveladores de venas liquidianas soplantes. Y las cardiopatías "áfonas" o **silenciosas**, v.gr., la estenosis mitral, en determinados casos; y los ejemplos desconcertantes en que de modo bien **singular**, subsiste el soplo presistólico del ritmo de Purozicz, a pesar de que se instala una fibrilación auricular bien comprobada.

La semiología tiene que pedir aún mucho a los procedimientos clásicos y en particular a la auscultación.

En trabajo reciente (des souffles aortiques expérimentaux et l'hyperadrénalinémie. Aren. Lat. Amer. de Card. y Mem.), hacía notar, de acuerdo con Laubry y Thiroloix, la conveniencia de iniciar una revisión de ciertas nociones **estetoscópicas** casi dogmáticas, por su prestigio secular. En semejante labor, que sobrepasa cualquier capacidad individual, no deben olvidarse los conceptos de Laubry "...je voudrais montrer que le respect d'un Maître ne consiste pas dans une fidélité étroite á sa doctrine, **insuffisante**, prévisible ou périssable, mais dans un effort continu, imité de sa méthode et de son exemple, dans un élargissement de sa pensée, degagé des **erreurs** inherentes á notre **infirmité**,

adapté au progrès et au **temps**". (Sémiologie **Cardio-vasculaire. Troubles Fonctionnels**).

Se admite universalmente que el **deslizamiento** de una serosa sobre otra, no produce fenómenos ruidosos a menos de que existan alteraciones histológicas bien apreciables (despulimiento, procesos exudativos).

Las modificaciones de la lubricación acarrearán el "frotamiento" (frottement, frólement o frou-frou) con las variaciones bien sabidas de froissement" de pergamino y la de ruido de "cuir neuf" (**Collin**).

Sin embargo, la observación no ha sido conducida con absoluto rigor: las *serosas normales, barnizadas de sus trasudados fisiológicos, también originan ruidos, cuando se desusan con cierta energía*.

Tómese cualquier animal de laboratorio y hágase deslizar una sobre otra dos hojas peritoneales que cubran vísceras de superficie uniforme; auscultese por medio de un fonendoscopio, procurando que no se originen desalopamientos de la cápsula o cornetilla receptora sobre los tegumentos (para evitar el escollo de los ruidos de frotamiento piloso auscultese extirpando o separando un colgajo de piel) - Puede practicarse también la observación auscultando directamente el sitio suprayacente a las serosas peritoneales que se frotan, aplicando el pabellón de la oreja a la cara dorsal de la mano que se mantendrá fija sobre

la pared del vientre.

Con **variaciones** de técnica que fácilmente pueden encontrarse, explórese la gran variedad de ruidos que produce el deslizamiento de la pleura sobre la pleura, del pericardio sobre el pericardio y del endocardio sobre el endocardio. Esta experiencia debe realizarse, por supuesto, en animales que acaban de ser sacrificados y siempre en condiciones de lubricación similares a las fisiológicas: barnizando las serosas con suero fisiológico, serosidades lacunares. sangre oxalada, etc.

Una demostración cómoda y sencilla, si bien no muy correcta, consiste en aplicar la cornetilla del fonendoscopio al labio inferior mientras se desliza la punta de la lengua con extrema suavidad sobre la mucosa del vestíbulo; igual maniobra puede realizarse teniendo la boca llena de algún líquido. Es claro que en este caso las condiciones no son ideales y estrictas, por tratarse de epitelios pavimentosos estratificados y hasta cierto punto irregulares por la presencia de **las papilas**.

Todas estas experiencias demuestran evidentemente que las serosas producen un ruido *soplante* que tiene todos los caracteres de los soplos cardíacos **anorgánicos** y orgánicos. Es fácil advertir que, para lograr tal fenómeno, se requiere *cierta energía de frotamiento y que, a mayor energía, mayor intensidad y rudeza del soplo*. A medida que

se despule y altera la serosa o por *interposición de sangre* que sufre el proceso de la coagulación, se trasmuta el soplo en el clásico frotamiento, que llega a tomar los detalles descritos por Collin.

Las *serosas normales pueden originar soplos, en ciertas condiciones*. ¿Es aplicable este hallazgo a la semiología cardíaca? ¿Hay algunos soplos cardíacos que reconozcan un mecanismo análogo al de los *soplos sero-serosos*?

La clínica admite únicamente que los soplos anorgánicos *tienen las misma, localizaciones que los frotamientos pericardiacos, idénticos caracteres de mutabilidad, iguales variaciones con la actitud, relaciones análogas con el ritmo cardíaco y que unos y otros carecen de propagaciones*.

Según Barié los soplos anorgánicos se reparten de la siguiente manera: soplos preventriculares izquierdos 34%, apexianos 18%, **supra-apexianos 14%**, **pre-in fundibulares 11%**; el resto corresponde a los soplos pre-aórticos y endoapexianos. *Los soplos preventriculares izquierdos de la zona meso-cardíaca, son los más frecuentes*.

El frotamiento pericárdico "pendant quelques jours, il reste localisé soit à la région mesocardiaque, au bien à la base, au niveau du foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, plus rarement à la pointe au à appendice xiphoide", G. Bleohmann), Según Barié "...se recontre de

préférence à la base du coeur, vers le 3e. ou 4e. cartilage costal du cote gauche, ou encores au niveau de l'origine de l'artère pulmonare".

A estas referencias tomadas al azar, de la rica literatura concerniente, añadiré la descripción de un autor moderno: *"el frotamiento se observa principalmente en la región mesocárdica, o en la base y hacia el foco pulmonar, es decir, en la parte interna de los segundos y terceros espacios intercostales izquierdos; más raramente es lateral o dorsal".* (M. A. Clerc).

La zona mesocárdica es, pues, el sitio de elección de los soplos anorgánicos y de los frotamientos pericárdicos.

Los soplos anorgánicos son *merosistólicos* y en un 70%, *son mesosistólicos*; son raros los *diastólicos* (mesodiastólicos) y excepcionales los *presistólicos*.

El frotamiento pericárdico se yuxtapone a los ruidos cardíacos simulando un ritmo de galope; se percibe entonces en la *mitad de la sístole. No es frecuente el frotamiento mesodiastólico* Hay frotamientos dobles que se designan con el nombre de "ruido de vaivén".

Los soplos anorgánicos son merosistólicos y los frotamientos pericárdicos acompañan a los ruidos cardíacos "á cheval" (Gübler) o más bien se perciben "al derredor" de ellos.

Los soplos anorgánicos se atenuan o desaparecen al pasar del clinostatismo a la posición se-

dente; transformaciones similares acaecen bajo la influencia de los movimientos respiratorios. El eretismo cardíaco ora los provoca, ora los aminora y extingue. Los frotamientos pericárdicos se advierten mejor en ortostatismo o en posición sedente, cuando la flogosis no ha determinado un exudado abundante de naturaleza líquida; un derrame ligero hace que se perciban mejor en actitud semi-sentada.

Así, pues, la mutabilidad es un rasgo común a los soplos anorgánicos y a los frotamientos pericárdicos.

Los soplos anorgánicos son generalmente circunscritos y su propagación es insignificante o no existe. El frotamiento pericárdico, tal como afirma Jacquoud, nace y muere en su sitio. Anormalmente se propaga en ciertas pericarditis "brighticas" y reumáticas. En el caso de Teysir, singularísimo por todos conceptos, la propagación era perceptible en toda la pared torácica anterior.

La falta de propagación constituye otra semejanza de los soplos anorgánicos y los frotamientos pericárdicos.

Ahora bien, los datos señalados no son absolutos y por lo tanto, no son aceptados igualmente por todos los clínicos; hemos hecho resaltar, no obstante, los rasgos comunes menos discutibles que permiten descubrir un parentesco elocuente entre soplos y frotamientos.

Tal parentesco se precisa más aún por una circunstancia que los clínicos contemporáneos han dejado casi en olvido, pero *que* no escapó a la sagacidad de los clásicos, a saber, *cuando los caracteres distintivos no bastan para identificar un soplo o un frotamiento es menester, precisar el "timbre especial" de fenómeno.*

Ahora bien, el clínico más "virtuoso" no podrá hallar distingo alguno cuando, como afirma Blechmann rotundamente, el soplo es duro y rasposo.

Hay, pues, frotamientos soplantes o soplos **fricativos** en que todo parentesco se convierte en identidad. Vemos también de qué modo la clínica corrobora los datos experimentales y hace resaltar la similitud patogénica de los *frotamientos pericárdicos y los soplos de laboratorio.*

La etapa inmediata consiste en averiguar si los soplos de laboratorio, dan razón de los soplos cardíacos anorgánicos.

Dichos soplos se presentan en los estados anémicos, en la fiebre, en el eretismo cardíaco de algunos padecimientos nerviosos y en ocasiones, sin modificación apreciable del estado general: soplos fisiológicos, soplos cardiopulmonares, extra-cardíacos, engañosos, etc.

El diagnóstico de un soplo anorgánico se funda en los caracteres arriba consignados — cualidades intrínsecas— y además, por la carencia de manifestaciones cardiopáticas.

Ahora bien, en las anemias criptogenéticas o sintomáticas, es evidente un desequilibrio vegetativo revelado por un eretismo cardíaco, palpitations, inestabilidad tensional, etc. Un ejemplo típico lo encontramos en la clorosis; en tal hemopatía se agrega a la perturbación gonádica una **disfunción** tiroidea, un cuadro frustrado de basedowismo (**crecimiento** glandular en 82% de los casos, según Hayem; taquicardia, temblor, ligera exoftalmia).

Los estados febriles realizan una verdadera tormenta vegetativa durante los brotes **hipertérmicos** y en los intervalos **apiréuticos**. Los pródromos y la convalescencia son igualmente intrincadas y tupidas acciones vago-simpáticas.

Los trastornos subjetivos de los cardiopatas, *no* difieren sino por matices de los síndromos eréticos del anémico.

Laennec, hablando de los ruidos de "soufflet", asegura terminantemente que "la seud trouble de la santé qui **m'ait** par **coincider** constamment ou á peu prés avec le bruit de soufflet du coeur et des **artères**, est une *agitation nerveuse* plus ou moins marquée..." (Traite de **l'auscultation** médiate et des maladies des poumons et du coeur, 1837).

El "síndrome de esfuerzo", el "corazón irritable de Da Costa", los "falsos cardíacos" que acusan cenestias, perturbaciones vasomotoras y ciertas anomalías psicológicas, las disendocrinias

graves, etc., etc.; constituyen categorías del primitivo lote aislado por Laenec de los corazones agitados y soplantes.

Lo dicho permite asentar, a manera de aforismo, que *los soplos anorgánicos traducen un estado permanente o transitorio de eretismo cardíaco*.

Ahora bien, sabemos que todo eretismo cardíaco se origina por alteraciones de tono vago-simpático, ya sea en sus manifestaciones físicas o en su fisonomía subjetiva; tal es su mecanismo **inmediato** o aparente, ignoramos su íntima causalidad.

Taquicardia, bradicardia, mayor energía del choque precordial, etc., factores mecánicos, en una palabra, serán los que aporten la base de una explicación de un fenómeno mecánico tal como el soplo anorgánico. Es conveniente por lo tanto, precisar cuáles son los cambios de forma, consistencia, posición, etc., que experimenta el corazón, en pleno eretismo, en los sitios en que se perciben preferentemente los soplos anorgánicos. Concretamos, pues, la cuestión, a la cara anterior y en particular, a la región mesocárdica.

La estructura **fascicular** del miocardio, la dirección de sus fibras, la forma y capacidad de sus cavidades y, sobre todo, la sorprendente similitud que tiene el corazón humano con el de algunos mamíferos (de corazón no coniforme ni puntiagudo y de punta no retráctil) por ejemplo, el perro, permiten conocer, hasta

donde la analogía hace valedera la certidumbre, que las paredes ventriculares derechas son las más móviles y que, del ventrículo derecho, la zona infundibular es la que más variaciones de amplitud experimenta. A medida que progresa la sístole ventricular, se abomban y endurecen tales regiones; la contracción, sin duda simultánea en todas las fibras, simula por los cambios morfológicos que origina, una onda que, partiendo del borde derecho, se propaga hasta el surco **inter-ventricular** anterior y se pierde en la porción cavernosa del ventrículo derecho, que como es bien sabido, no forma parte propiamente de la punta del corazón. La cámara posterior parece vaciarse en la cámara anterior o cámara de evacuación. La cámara anterior, el infundíbulo y la arteria pulmonar, no se deprimen sino al principio la diástole general.

La región mesocárdica corresponde justamente a la **cámara** anterior del ventrículo derecho. De modo ilegítimo, llaman algunos cardiólogos región pre-ventricular a la zona electiva de los soplos anorgánicos. pues el ventrículo izquierdo, apenas forma una mínima parte de la cara anterior y, en propiedad, constituye el borde izquierdo. Por su forma convexa, el borde mencionado se aleja de la pared anterior, y se pierde tras la hoja pulmonar del mediastino.

Los soplos *anorgánicos son topográficamente pre-ventriculares*

derechos. La zona mesocárdica se superpone en parte, al triángulo extrapleurar de la pared torácica anterior y en parte al seno costo-mediastinal en la escotadura cardíaca. No hay que olvidar que los corazones que dan frecuentemente soplos anorgánicos, son corazones pequeños.

Los soplos (inorgánicos se perciben, por lo tanto, en las regiones más movilizadas de la cara anterior.

Ahora bien, según Potain, los soplos cardio-pulmonares, son ruidos de aspiración pulmonar determinados por la retracción sistólica o diastólica de la superficie del corazón. El corazón provocaría en las porciones circunvecinas del pulmón, un movimiento de compresión y descompresión, semejante a un fuelle. El soplo anorgánico no sería al fin y al cabo, sino un **murmullo** vesicular, un ruido **parenquimatoso**, con ritmo cardíaco.

La experiencia de Franck, sirve de apoyo a esta teoría: en un perro portador de un soplo anorgánico indudable, se introdujo debajo de la pleura un gancho y se retiró suavemente la hoja pulmonar del sitio exacto del fenómeno. El soplo aparecía o desaparecía según que se dejara o quitara el borde pulmonar.

En el hombre, la legüeta de Luschka jugaría un papel análogo.

La teoría de **Franck-Potain**, tiene algunos puntos vulnerables; en efecto, es indudable que los soplos anorgánicos se perci-

ben *frecuentemente* en las zonas cubiertas por pulmón y que *seguramente* toma participación el borde pulmonar; *no es probable, sin embargo, que sea el murmullo vesicular transformado el origen del fenómeno, puesto que frecuentemente persisten los soplos anorgánicos durante la apnea en completa expiración.*

Si no existe corriente aérea vesículo-bronquial durante la apnea completa expiratoria, si hay **desalojamiento del borde pulmonar**, que es rechazado fuera, de la zona mesocárdica por la compresión y descompresión, que engendran la pared anterior del corazón y la pared torácica.

En nuestra opinión el *soplo anorgánico, sigue siendo cardio-pulmonar, pero no traduce la circulación de una corriente aérea vesicular, sino un frotamiento pleural; cuando el soplo no se percibe en las zonas cubiertas por pulmón, traduce o revela un frotamiento pericárdico.*

La base experimental de nuestra teoría, tiene suficiente solidez; ya hemos expresado y demostrado que *las serosas normales dan, por frotamiento, una gama de ruidos que van, desde el soplo suave, dulce, aspirativo, velado, hasta el frotamiento y la crepitación pasando -por las variantes de frotamiento de uña sobre papel, como quiere Huchard y todos los matices descritos por Laennec, Collin, Guéneau de Mussy.*

La experiencia de Franck, que ha dado lugar a la teoría de Po-

tain, no invalida la nuestra: si el soplo desaparece al retirar el borde pulmonar, es porque impide el frotamiento brusco de la pleura visceral, con la que recubre el lecho costo-mediastinal.

El soplo puede también provenir del frotamiento del pericardio de la cara anterior del corazón en la serosa parietal superpuesta.

Las experiencias demuestran que el soplo sero-seroso, requiere cierta energía; el eretismo cardíaco es, evidentemente, un factor manifiesto de enérgico deslizamiento sero-seroso, ya sea pleural o pericárdico.

La adrenalina inyectada por vía intravenosa, desencadena un eretismo típico, acompañado de soplo aórtico y de un soplo mesocárdico. Por excepción se pueden originar soplos pulmonares. El soplo mesocárdico, es generalmente sistólico.

En conclusión: la igualdad de variaciones, localización, etc., de

los frotamientos pericárdicos y de los soplos **anorgánicos**; la existencia de soplos que no puedan diferenciarse de manera directa de los frotamientos; la demostración experimental de los soplos sero-serosos; la reproducción clínica mediante la inyección de adrenalina del eretismo cardíaco determinante de los soplos anorgánicos; la experiencia de Franck; la persistencia de los soplos anorgánicos en apnea expiratoria completa; el desequilibrio común del sistema vegetativo cardio-vascular a todas las enfermedades que engloban en su cuadro sintomático los fugaces ruidos adventicios de la región precordial; he aquí los hechos que mutuamente se armonizan y sostienen dentro de la teoría que venimos defendiendo. Ahora bien, la cardiología tiene algunos problemas en que la teoría de los soplos sero-serosos arroja alguna luz. En efecto, si las serosas normales son capaces

de producir soplos, se advierte la posibilidad de que los fenómenos se acentúen en caso de haber ligeros procesos que las despulan. El pericardio es asiento de lesiones esclerosas —manchas lechosas o tendinosas— no muy raras, por cierto; estas placas lechosas se *observan de preferencia en la cara anterior del corazón, en donde alcanzan su mayor tamaño*; generalmente arredondadas, toman forma alargada o de cinta en las cercanías de los vasos. Las placas lechosas, son vestigios de viejas pericarditis o de alteraciones nutritivas seniles.

Son estas perturbaciones nutritivas del pericardio, las que dan razón, en nuestro concepto, de los *soplos más o menos constantes, de organicismo dudoso, que se descubre en sujetos cuyo corazón se encuentra indemne en la autopsia*. La contradicción clínico-necròspica. la falta de eretismo cardíaco y ja lesión cardio-vascular comprobable, no tienen actualmente manera de ser explicadas a satisfacción. Los soplos sero-serosos permiten, si no resolver el asunto, al menos dejan entrever una patogenia **razonable**.

Queda todavía otra aplicación de la teoría de los soplos sero-serosos ; en ambos ventrículos 'hay columnas carnosas de grosor y longitud variables, más o menos esculpidas en las paredes o libres y pediculadas. En la región de la punta, es donde se intrincan abundantemente. Las

de **primer** orden, tienen considerable importancia. En el ventrículo izquierdo existen dos que dan nacimiento a las cuerdas tendinosas en que se fijan y apoyan las valvas de la mitral; estos dos pilares —anterior y posterior— se engranan y acomodan durante la sístole de tal suerte que la convexidad del anterior, coincide con la concavidad del posterior. A este encajamiento se agrega el ligero movimiento rotatorio del ventrículo izquierdo; hay, por lo tanto, dos condiciones propicias para que, habiendo alteraciones ligeras del pulimento endocárdico, se produzcan frotamientos soplantes.

Aquí nos colocamos en un terreno franca y decididamente hipotético, pero la hipótesis es suficiente para determinados hechos. ¿No serán estos frotamientos endo-endocárdicos soplantes los que expliquen esas pretendidas lesiones valvulares de individuos que habiendo sufrido un proceso endocárdico no presentan cardiomegalia ni alguna de las manifestaciones de la insuficiencia miocárdica a pesar de los años que transcurren, de los esfuerzos físicos, del embarazo, etc.? Los casos en que la necropsia demuestra orificios normales y válvulas suficientes, con sorpresa del clínico que diagnosticó un soplo indudable ¿no serán explicables por pequeñas lesiones endocárdicas que pasan inadvertidas o que, por estar alejadas de los orificios, no se les concede importancia?

CONCLUSIONES :-

1- Los soplos inorgánicos tienen las mismas localizaciones que los frotamientos pericárdicos, idénticos caracteres de mutabilidad, iguales variaciones con la actitud, relaciones semejantes con el ritmo cardíaco; soplos y frotamientos carecen de propagaciones.

2- Hay casos en que no es posible distinguir un soplo de un frotamiento, ni aun por el timbre; no hay diferencia alguna entre ambos, cuando el soplo es duro y rasposo (Blechmann).

3- Es fácil producir experimentalmente soplos por el frotamiento de serosas normales: peritoneo, pleura, pericardio, etc.

4- Los soplos experimentales sero-serosos no se distinguen de los -soplos clínicos y pueden adquirirse, mediante algunas circunstancias, los caracteres de los frotamientos típicos.

5- La adrenalina desencadena un eretismo cardíaco, acompaña-

do de soplos inorgánicos aórticos y mesocárdicos.

6- La experiencia de Franck traduce un fenómeno cardiopulmonar, distinto del que pretende la teoría de Potain; es un frotamiento soplante y no un ruido aéreo.

7- Los soplos inorgánicos del corazón, se deben al frotamiento de serosas normales —soplos sero-serosos— en condiciones de eretismo cardio-vascular. El eretismo cardíaco es un hecho común a todas las enfermedades en que se presentan los soplos enorgánicos.

8- Los soplos inorgánicos se deben al frotamiento de pericardio con pericardio, o de pleura con pleura (lengüeta de Luscha).

9- Las manchas lechosas del pericardio, las lesiones endocárdicas alejadas de los orificios, pueden dar lugar a frotamientos soplantes —soplos sero-serosos— que simulen procesos orgánicos.