

A falta de onda de reflujo, complétase la prueba con la aplicación del pulpejo del índice en el extremo inferior del intersticio de los dos manojos del esterno-mastoideo, sobre el golfo de la yugular, que da un choque sistólico débil, *pulsación del golfo de la yugular*, cuando se produce una onda retrógrada que va á chocar contra la barrera valvular que sigue siendo suficiente, signo de igual valor que el pulso venoso verdadero para el diagnóstico de la insuficiencia tricúspide, pero con frecuencia difícil de recoger.

Auscultación.—La auscultación se verifica con el estetoscopio, apoyando el instrumento por detrás de la clavícula entre los dos manojos del esterno-mastoideo en la región del golfo de la yugular. Por este medio se percibe algunas veces un chasquido sistólico breve, debido á la oclusión brusca de las válvulas, que tiene igual significación que la pulsación del golfo de la yugular y es en ciertos casos mucho más fácilmente apreciable.

Aparatos registradores.—Es conveniente algunas veces utilizar el método gráfico para confirmar las indicaciones obtenidas por los demás medios de exploración. El registro del pulso venoso se puede obtener, ya con un esfigmógrafo de resorte muy sensible, provisto de un anejo que permite una más perfecta adaptación, ya por medio de un

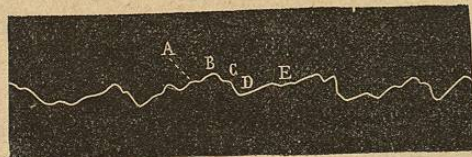


Fig. 111. — Pulso venoso (según LORAIN); — A, repleción progresiva de la vena; — B, sistole de la aurícula; — C, sistole del ventrículo; — D, diástole auricular; — E, diástole ventricular.

pequeño embudo de vidrio unido por un tubo de caucho á un tambor receptor de Marey. Con suma frecuencia es indispensable recoger paralelamente el trazado del pulso radial y el trazado cardiográfico. La fig. 111 reproduce la gráfica del pulso venoso. La exageración de la ondulación B constituye el pulso venoso presistólico, la de la ondulación C el pulso venoso sistólico.

II. — DATOS OBTENIDOS POR EL EXAMEN DEL PULSO VENOSO

Pulso venoso hepático.—Una vez practicado el examen del pulso venoso á nivel de las yugulares, debe el médico á continuación bus-

car el mismo fenómeno en la región del hígado, cuyo sistema venoso emergente, desprovisto de válvulas, no es más que un ancho divertículo que comunica libremente con la porción terminal de la vena cava inferior. El examen es tanto más fácil cuanto en estas condiciones el hígado está casi siempre aumentado considerablemente de volumen por la congestión pasiva.

El observador coloca la mano de plano sobre la parte del hígado que rebasa las costillas falsas ó, lo que es preferible, coge el borde inferior de dicha viscera entre los dedos, cuando la pared abdominal, delgada y poco resistente, permite tal maniobra; compruébase con bastante frecuencia en semejante caso, ya un movimiento de expansión sistólico, ya un movimiento de expansión presistólico, que tiene igual importancia que en la yugular; el pulso hepático es algunas veces, en las asistolias designadas con el nombre de asistolias hepáticas, la única manifestación del pulso venoso.

Colapso venoso diastólico.—Al lado del pulso venoso sistólico y del pulso venoso presistólico podemos colocar, con respecto al punto de vista clínico, varios fenómenos que radican igualmente en las yugulares, tales son el colapso venoso diastólico, el estremecimiento catario y los soplos venosos de las cloroanémicas. El colapso venoso diastólico, síntoma que aparece exclusivamente en los individuos cuyas yugulares están muy distendidas, consiste en la depresión brusca y completa de las paredes venosas en el momento del diástole ventricular. Tiene gran valor como elemento de diagnóstico de la sínfisis cardíaca.

Estremecimiento catario y soplos venosos de las cloroanémicas.—El estremecimiento catario y los soplos venosos son signos que es necesario investigar sistemáticamente en los vasos del cuello en todos los individuos cloróticos ó anémicos. De igual suerte que el pulso venoso y el colapso diastólico, ofrecen casi siempre su máximo de intensidad en el lado derecho; no obstante, en algunos sujetos pueden únicamente apreciarse en el lado izquierdo.

Para observar el estremecimiento catario, se vuelve hacia la izquierda la cabeza del enfermo de modo que queden moderadamente tensos los tegumentos que cubren la vena examinada, que en este caso es la del lado derecho, se aplica después el pulpejo del pulgar izquierdo en el intersticio de los dos manojos inferiores del esterno-mastoideo, á 2 ó 3 centímetros por encima de la clavícula, en el punto en que la yugular interna desemboca en la subclavia. Variase entonces progresivamente la presión del dedo, modificando, si es necesario, el ángulo de rotación de la cabeza hasta el momento en que se percibe un estremecimiento continuo con refuerzo sistólico.

El mismo procedimiento es aplicable á la yugular externa, con la diferencia de que el pulgar es colocado para ello en el hueco supraclavicular.

Para reconocer los soplos venosos, se aplica el estetoscopio exactamente en los mismos puntos, colocando previamente al enfermo en decúbito dorsal, con la cabeza inclinada hacia el lado izquierdo sobre la almohada. De igual modo que para la auscultación del soplo intermitente crural, con el instrumento mantenido en posición sólo por el peso de la cabeza, se ejerce primero una presión enérgica, que se va disminuyendo progresivamente hasta suspenderla en el instante en que se aprecia un ruido con refuerzo sistólico, comparable en la yugular interna á un ruido de *torno ó del diablo*, y en la yugular externa, al *murmullo de una mosca*, por razón de su timbre musical y más alto.

La investigación del estremecimiento y de los soplos venosos del cuello en las cloróticas y en las anémicas es de gran utilidad, puesto que, aunque estos signos se ofrezcan de un modo excepcional en las diversas anemias sintomáticas, corresponden casi exclusivamente á la clorosis.

E. PHULPIN.

UNDÉCIMA PARTE

TRASTORNOS

DE LA

RESPIRACIÓN Y DE LA FONACIÓN

TRASTORNOS DE LA RESPIRACIÓN

MODIFICACIONES DEL MECANISMO RESPIRATORIO

Respiración normal. — Como introducción obligada de este capítulo, analizaremos sucintamente el mecanismo normal de la respiración, además de que, para llegar á conocer las modificaciones patológicas de un órgano y los datos que su estudio puede aportar al diagnóstico, es necesario ante todo conocer perfectamente cuanto ocurre y puede observarse en el mismo en estado fisiológico.

En perfecto estado de salud, la respiración es uniforme, tiene lugar sin esfuerzo y sin ruido alguno. Los movimientos respiratorios se repiten cierto número de veces, siempre el mismo, en un tiempo dado. Existen, no obstante, algunas diferencias según la edad y según algunas predisposiciones individuales, independientemente de todo estado patológico. En el niño, el número de respiraciones oscila entre 25 y 30 por minuto, en el adulto entre 12 y 20; puede considerarse como cifra media 16 respiraciones. En algunas mujeres de temperamento nervioso, se rebasa sensiblemente esta media, y la respiración se acelera, sin que se produzca por otra parte ningún trastorno. Existe una relación bastante constante entre el número de latidos del corazón y el de movimientos respiratorios: esta proporción es de un movimiento respiratorio por cuatro pulsaciones cardíacas.