

pulsaciones aórticas se transmiten á menudo de un modo exagerado. No por ésto debe deducirse la existencia de una hipertrofia del corazón.

En el mismo período inicial de la pericarditis, con frecuencia se comprueba un aumento del choque sistólico (Graves). Este fenómeno, que es de corta duración, va seguido, á continuación de la miocarditis concomitante, de una disminución del choque de la punta. Éste tiende, por otra parte, á desaparecer á proporción que se forma el derrame pericardiaco. En ciertos casos parece hasta que la punta del corazón tenga alguna dificultad en separarse de la pared.

La mano percibe también los *frotos pericardiacos*. Para apreciarlos mejor, es necesario aplicar los dedos juntos y colocados de plano sobre la parte media de la región precordial. Ordinariamente los frotos pericardiacos producen la sensación del paso rápido y ligero de un cuerpo finamente rasposo. Se producen ya antes, ya después del sístole: son *mesosistólicos* y *mesodiastólicos* (Potain). Practicando una ligera presión, y sobre todo haciendo sentar al enfermo é indicándole que se incline hacia adelante, se aprecia mejor la sensación. Probablemente ésta es debida al deslizamiento defectuoso de las hojillas de la serosa, que han perdido su tersura: así, cuando por aparición del derrame el líquido separa las dos hojillas del pericardio, los frotos ya no se producen.

Se puede además por la palpación reconocer el cambio de lugar del choque cardíaco y su extensión á diversas regiones: «Estos fenómenos estudiados por Sibson, y acerca los cuales ha llamado Potain de nuevo la atención, serían debidos, según el autor inglés, á que el corazón es rechazado por el derrame á la región superior en donde el tórax es más estrecho. Puede también suceder, en las condiciones anormales de compresión en que el corazón se encuentra, que no sea ya solamente la punta de la víscera la que produzca el choque, sino más bien la parte superior de los ventrículos.» (Andrés Petit).

La palpación puede revelar también una lesión intracardiaca. Se aprecia entonces una especie de estremecimiento, *estremecimiento catarío* (por analogía con las vibraciones que produce el roncar del gato), debido á la propagación de las vibraciones de la oleada sanguínea causadas por las alteraciones de las válvulas. Según su localización, tiene la significación del soplo valvular que le acompaña casi siempre y sobre el cual insistiremos más al tratar de la auscultación.

En la estrechez aórtica, se percibe un estremecimiento sistólico en el foco de elección de los ruidos del orificio aórtico ó sea en el segundo espacio intercostal derecho. El fenómeno es aún más patente en la estrechez mitral. En ésta, aplicada la mano en la región de la punta, percibe

un estremecimiento especial muy claro. Este estremecimiento comienza con el diástole, corresponde al paso de la sangre de la aurícula al ventrículo izquierdo, reforzándose de súbito al contraerse bruscamente la aurícula (estremecimiento *presistólico*), é inmediatamente después tiene lugar el choque ordinario de la punta.

El estremecimiento catarío de la insuficiencia mitral da una sensación análoga, pero se diferencia del anterior por el período de la revolución cardíaca en que se produce. Se nota en la punta del corazón, pero comienza en el mismo momento del choque *sistólico*. Es necesario, en efecto, que la contracción ventricular rechace la sangre hacia la aurícula izquierda por el orificio insuficiente. Se prolonga más ó menos tiempo durante el sístole, según la energía de la contracción muscular y el grado de resistencia que ofrezca el orificio lesionado. No alcanza nunca hasta el segundo ruido: cesa antes de que se produzca el chasquido de las sigmoideas.

La estrechez del orificio pulmonar ocasiona igualmente un estremecimiento vibratorio sistólico á nivel del borde izquierdo del esternón, que se irradia por arriba hacia el cuello y la clavícula izquierda.

Mucho más confusas é inconstantes son las indicaciones obtenidas por la palpación respecto de la insuficiencia del orificio pulmonar y de la insuficiencia de la tricúspide. Lo mismo ocurre con referencia á la estrechez tricúspide, que por otra parte rara vez se observa.

La hipertrofia cardíaca puede presentarse más acentuada en una de las partes del corazón. La situación de la punta proporciona algunas indicaciones acerca de este particular. El nivel inferior de la punta, coincidiendo con su proximidad á la línea mamilar, señala la existencia de una hipertrofia del ventrículo izquierdo: es la *dislocación vertical* del corazón tal y como se la observa en la estrechez aórtica.

En la insuficiencia aórtica con hipertrofia izquierda, la punta se halla más baja, pero sufre una desviación hacia afuera mucho más manifiesta.

Los fenómenos anormales que se presentan en el corazón y en el pericardio pueden descubrirse por la palpación. Ésta, practicada con método, completa y corrobora los resultados de los demás procedimientos de investigación y principalmente de la auscultación.

La palpación de las arterias se relaciona con el estudio del *pulso*. El lector encontrará estudiada esta materia en otro capítulo de la obra.

ABDOMEN

La palpación abdominal presta indudables servicios no sólo en medicina sí que también en cirugía. Nos ocuparemos aquí únicamente de las

investigaciones clínicas médicas, pasando por alto las particularidades pertinentes á la cirugía y á la obstetricia.

Antes de proceder á la palpación abdominal, cualquiera que sea el órgano á que particularmente se refiera, es necesario colocar al enfermo en decúbito dorsal, con los miembros en una posición natural y simétrica, la cabeza y las espaldas ligeramente elevadas por una almohada y recomendarle que respire tranquilamente, en una palabra, «como si durmiera.» No es conveniente dirigirse desde luego al órgano enfermo, al contrario; es necesario practicar durante un breve rato una vaga y ligera palpación por todo el vientre; sólo después de haber habituado la piel y los músculos abdominales al contacto de la mano, es cuando debe operarse en el punto interesante. Al principio, las piernas y los muslos del paciente deben permanecer extendidos; sólo más tarde, cuando se quiera practicar la palpación profunda, se colocarán los muslos en flexión sobre la pelvis. Estas advertencias, que podrían parecer pueriles, son indispensables para llevar á buen término el examen. Un contacto demasiado brusco puede poner los músculos «entercos», y el enfermo, á pesar de su buena voluntad, no puede influir sobre estos actos reflejos.

Estómago.—La palpación del estómago demuestra la sensibilidad del órgano á la presión, su grado de distensión y la flexibilidad de sus paredes. Por este método puede reconocerse la presencia de una induración localizada, de masas más ó menos redondeadas, abolladas, irregulares, de consistencia variable, duras con frecuencia, en los casos de neoplasia. En el hueco epigástrico pueden apreciarse los tumores desarrollados á expensas de la curvadura mayor ó de la cara anterior. Los tumores del píloro radican un poco más á la derecha de la línea media. Los tumores gástricos ofrecen ordinariamente cierta movilidad.

La investigación del bazuqueo es una práctica inherente á la palpación del estómago. El ruido especial de bazuqueo se obtiene por la succión digital (Chomel). Consiste en efectuar sobre la región gástrica y con el pulpejo de los dedos una serie de sacudidas rápidas y breves sin que los dedos se separen de la pared abdominal; se produce de este modo un ruido líquido-aéreo, llamado *bazuqueo*. Es, en efecto, debido á la colisión de los líquidos y de los gases que existen en el interior del estómago. Este ruido de bazuqueo se atribuye generalmente á la dilatación del estómago, no obstante, puede producirse en estómagos pasajera y distendidos y algunas veces no tiene lugar en un estómago enormemente ectasiado. No vaya á creerse de un modo absoluto que el estómago radica en el punto mismo en que se produce el bazuqueo; en tanto no es así, que «la sacudida puede ser transmitida al estómago por intermediación de un órgano

vecino, y el ruido de bazuqueo parece producirse en punto más bajo del en que realmente tiene lugar» (Hayem y Lion). Además pueden producirse ruidos análogos en el colon distendido (Debove).

Puédese también combinar la palpación con la introducción en el estómago de un instrumento, ya una sonda gástrica (Leube), un tubo de Faucher, ó bien un gastrómetro, especie de sonda esofágica graduada provista de una bala de plomo en su extremo inferior (Thiébaud). De este modo pueden adquirirse datos acerca de la forma y capacidad del estómago por la distensión artificial obtenida con aire ó con gas (Runeberg) ó por la gastro-diafanía¹.

Intestino y peritoneo.—La exploración del intestino delgado ofrece grandes dificultades, y aparte de algunos casos de tumores, pocos datos importantes se obtienen por la palpación. Al contrario, la palpación del intestino grueso y sobre todo del ciego debe ser practicada con suma atención. En efecto, la fosa iliaca derecha es sensible á la presión en todas las afecciones inflamatorias del ciego ó pericecales, en la fiebre tifoidea y en la disentería, que producen ulceraciones cecales; y se observa la producción de *gorgoteo* en todas las afecciones diarreicas, y aun de bazuqueo, si el ciego está distendido á consecuencia de una dilatación constante ó de una estancación de las materias fecales en un punto del colon ó de la S iliaca.

Por otra parte, en la peritifitis y en la apendicitis, la palpación del ciego es de importancia capital. Aparte del empastamiento difuso de los tejidos, señala la presencia de una tumefacción más ó menos localizada, renitente y dura; algunas veces esta tumefacción se presenta alargada en forma de morcilla. Este era anteriormente uno de los mejores signos de la tifitis. Hoy día se le asigna una menor importancia, puesto que, para hacer el diagnóstico de apendicitis, no se espera la formación de un tumor bien definido. A propósito de ello, debemos mencionar un punto particularmente doloroso á la palpación, desde el comienzo de la apendicitis y con situación fija. Es el *punto* llamado *de Mac Burney*. Radica aproximadamente en la parte media de una línea que uniría la espina iliaca anterior y el ombligo.

En la S iliaca, la palpación puede manifestar la existencia de tumores neoplásicos ó bien de un acúmulo de materias fecales en ciertos casos de constipación pertinaz.

La *ascitis* consiste en un derrame de líquido seroso *libre* en la cavidad peritoneal. El examen no puede señalar su existencia á no ser que la cantidad de líquido sea bastante abundante y exceda de 2 litros. Y es

¹ Véase el capítulo de la *Exploración del estómago*.

aún indispensable la percusión metódica para revelar esta cantidad ordinariamente inapreciable por la palpación. Cuando el líquido aumenta, el vientre se distiende, se deforma insensiblemente, se abulta: la palpación confirma entonces los demás signos de la ascitis obtenidos por inspección y percusión. Para apreciar la *sensación de oleada* característica de todo derrame, es necesario proceder del siguiente modo: Colocado el enfermo en decúbito dorsal, se imprime una brusca sacudida en uno de los puntos laterales de la pared abdominal, mientras la otra mano, aplicada perfectamente de plano en la región simétrica opuesta, espera la transmisión del choque ondulatorio que da la sensación de oleada. Es importante la elección del punto de la sacudida; se observa también la costumbre de producirla en forma de ligero papirotazo. Cuando el vientre está muy distendido y sus paredes ofrecen mediano espesor, se percibe claramente el fenómeno, pero cuando la ascitis no es muy considerable y las paredes abdominales son gruesas, se aprecia mal la oleada ó se obtiene sólo una percepción confusa que la recuerda, pero que deja el ánimo en duda. En este caso, se indica á un ayudante que apoye el borde cubital de la mano á lo largo de la línea alba y se busca la fluctuación como anteriormente.

Hígado.—La palpación es la práctica investigatoria más certera, el método de elección para el examen del hígado. Por este medio se pueden marcar los límites del órgano, reconocer el borde tan característico con la inserción del ligamento falciforme y la frecuente escotadura correspondiente á la vesícula biliar; se puede apreciar su consistencia, su dureza, las desigualdades originadas por las cirrosis, las prominencias más ó menos regulares, mamelonadas de los neoplasmas, algunas veces las adherencias y las placas de perihepatitis, las abolladuras de los quistes, y sobre todo adquirir concepto de su movilidad, dado que el hígado móvil disfruta generalmente de una reductibilidad temporal.

La palpación debe practicarse sucesivamente guardando el enfermo el decúbito dorsal y el lateral, estando de pie y sentado. Para esta última investigación, la posición más conveniente en que se ha de colocar al sujeto examinado es la siguiente: sentado, el cuerpo ligeramente inclinado hacia adelante, los brazos extendidos y apoyando las manos sobre el respaldo de una silla ó bien sobre las mismas rodillas. En cuanto al médico, es preferible que no se sitúe delante del enfermo, sino lateralmente y un poco por detrás, y practique entonces la palpación del hipocondrio con las manos colocadas en la misma actitud que guardarían si palpara su propio cuerpo; de este modo las sensaciones se perciben mejor. En el transcurso de estas investigaciones pueden utilizarse todos los procedimientos

de exploración manual del hígado: la palpación superficial y profunda, el reconocimiento de los movimientos comunicados á la víscera por la inspiración (normalmente, una fuerte inspiración hace descender el hígado), el procedimiento del pulgar ideado por Glénard. Es conveniente repetir estas investigaciones, practicarlas en ocasiones diversas, después de una caminata ó de haber estado el sujeto largo tiempo de pie, al acabar de comer ó en ayunas, á fin de formarse idea de la influencia que ejerce la distensión del estómago en la posición del hígado.

En estado normal, el borde del hígado rebasa apenas el reborde costal, aun en las inspiraciones profundas: no puede, pues, apreciarse bien; pero al hipertrofiarse el órgano no tarda en descender hasta las falsas costillas y más aún, y puede percibirse el borde cortante ó más ó menos romo y grueso á distancia variable del reborde costal. La hipertrofia hepática puede ser total, aumentando proporcionalmente todos los lóbulos y conservando la armonía morfológica natural de la víscera. Esto es lo que acontece casi siempre en las congestiones hepáticas, en el hígado cardíaco, en las enfermedades pasajeras del hígado. En las afecciones crónicas, en las cirrosis, es frecuente que el aumento de volumen sea mayor en un lóbulo que en otro. En la hipertrofia total, puede reconocerse el borde del hígado en el hipocondrio derecho, en toda la superficie del hueco epigástrico y hasta en el hipocondrio izquierdo. Se aprecia entonces perfectamente el lóbulo izquierdo del hígado. En otros casos, al contrario, este último lóbulo es apenas perceptible, mientras que el lóbulo derecho descende más ó menos hacia la fosa ilíaca del mismo lado.

De que se aprecie bien el borde del hígado no debe fatalmente deducirse que el órgano esté hipertrofiado. Puede ser movable y haber basculado hacia adelante; puede haber descendido en su totalidad á causa de un considerable derrame pleurítico, por la existencia de un quiste hidatídico en la región hepática subdiafragmática. Es necesario, pues, conocer por la percusión la situación verdadera del límite superior del órgano. Hacemos presente de nuevo que los hígados gruesos y pesados ofrecen á menudo una movilidad muy apreciable.

Tócanos aún mencionar una deformación del hígado, bastante frecuente por cierto, sobre todo en la mujer. Es debida á una especie de estrangulación del lóbulo derecho del órgano, el cual forma una lengüeta más ó menos voluminosa que descende poco ó mucho. Muy frecuentemente, la lengüeta del hígado está unida á éste por un ancho puente de parénquima hepático, pero algunas veces aquélla se adelgaza, se pediculiza y se separa del resto del órgano, al cual sólo queda ligada por una lámina membranosa del todo comparable á un meso-epiploon.

Cuando el abdomen está meteorizado, la palpación del hígado es muy difícil, á menudo infructuosa. La existencia de la ascitis ocasiona dificultades análogas, pero menos insuperables. Cuando va acompañada solamente de una ligera distensión de las asas intestinales, la ascitis da lugar aún á una serie de sensaciones muy instructivas en el caso de hígado hipertrofiado. La cara anterior del órgano está entonces separada de la pared abdominal, ya por el colon rechazado hacia arriba por el derrame, ya por una capa de líquido. La pared distendida (con buen acierto, por decirlo así), se deja deprimir reaccionando inmediatamente por su elasticidad natural no turbada por la acción de los músculos abdominales, laxos ya á causa de la contención prolongada de la ascitis. El hígado flota en la cavidad abdominal, obedeciendo á la más pequeña impulsión. Una sacudida que se imprima á la pared le hace mudar de sitio, aproximándose otra vez por sí solo á la pared y produciendo un choque que el dedo percibe claramente. Es lo que se ha llamado el «fenómeno del carámbano» por analogía con el choque que produce el pedazo de hielo que se ha hecho descender en el agua y que por su menor densidad asciende de nuevo á la superficie. Practicando esta exploración se obtienen al propio tiempo datos acerca de la consistencia, regularidad del tejido hepático y nivel del borde libre del hígado.

Cuando el hígado está envuelto por falsas membranas de perihepatitis, se pueden apreciar frotos y diversas crepitaciones.

La palpación nos revela aún la fluctuación en los casos de grandes abscesos hepáticos y el *estremecimiento hidatídico* de los quistes. Esta última sensación es muy inconstante, pero es patognomónica cuando las condiciones de las vesículas intraquisticas se prestan á que tenga lugar.

El examen del hígado debe comprender el de la *vesícula biliar*. En estado normal, ésta no es apreciable por la palpación. En ciertos casos de hipertrofia del hígado, cuando el órgano rebasa de mucho las costillas falsas, es entonces posible, deprimiendo la pared, introducir los dedos por debajo de la cara convexa, pudiendo algunas veces apreciar más ó menos vagamente la vesícula normal. En general, no es ésta perceptible á no ser que se presente dilatada ó retraída sobre cálculos más ó menos voluminosos. La vesícula biliar se encuentra situada entre dos líneas verticales: una, llamada para-esternal, corresponde bastante exactamente al borde externo del músculo recto del abdomen; la otra es la vertical mamilar. Horizontalmente su nivel es variable, puesto que puede encontrarse la vesícula en todos los puntos de la fosa iliaca derecha y aun en el lado izquierdo. Generalmente, corresponde al ángulo inferior de la pieza condro-costal mayor.

La vesícula biliar distendida ofrece los signos físicos de los tumores líquidos. Aparece tensa, renitente, algunas veces con fluctuación. Además, es frecuentemente movable y se presta á que peloteen en cierto modo con ella las dos manos colocadas una delante y otra detrás. Hartmann ha insistido acertadamente en que el peloteo del tumor cístico se obtiene en una región más externa que el peloteo renal.

La vesícula retraída, llena de cálculos, produce la sensación de una masa más ó menos piriforme, dura y dolorosa, que puede circunscribirse fácilmente. Algunas veces se aprecia la movilidad de unos cálculos sobre otros; de ello resulta una especie de crepitación por completo patognomónica.

Bazo. — La palpación del bazo sólo puede practicarse cuando este órgano está hipertrofiado ó dislocado. Cuando hipertrofiado, puede reconocerse en el hipocondrio izquierdo, donde forma generalmente una masa lisa y más ó menos resistente, de la misma forma que el bazo normal. Si es asiento de un tumor ó de quistes, ofrece las mismas prominencias y abolladuras que los cánceres apreciables por la palpación de otros órganos, los mismos caracteres que los quistes. Conviene indicar, sin embargo, que un buen signo para comprender que el tumor que aparece en el hipocondrio es el bazo ó depende de éste, es la movilidad particular de estas masas. Colocando al enfermo en situación conveniente, esto es, con la cabeza baja y la pelvis elevada, apréciase algunas veces la reducción espontánea del bazo dislocado, que va por sí mismo á refugiarse debajo de las costillas.

Para proceder á la palpación del bazo, es necesario colocar al enfermo en decúbito dorsal, inclinado ligeramente hacia la derecha y manteniendo el brazo, sin esfuerzo, por encima de la cabeza. Es algunas veces peligroso examinar persistente y rudamente el bazo hipertrofiado, puesto que el tejido adquiere de ordinario gran friabilidad. Tan sólo un ligero golpe, cualquier caída, pueden ocasionar la muerte casi instantánea de un palúdico ó de un leucémico, por desgarramiento del bazo. Catrin, para evitar tales riesgos, propone una manera suave de practicar la palpación esplénica, la *palpación digital*. Este método consiste, estando el enfermo bien colocado, en aplicar la mano derecha sobre el vacío izquierdo y apoyando ligeramente el pulpejo de los dedos, hacer que éstos remonten hacia el tórax: de este modo se aprecia fácilmente el borde del bazo.

Riñones. — El riñón normal y normalmente situado no puede ser reconocido por la palpación (Guyon). El examen del riñón exige la palpación bimanual. Se aplica una de las manos en la parte posterior por debajo de las costillas, de modo que el pulpejo de los dedos corresponda á la

escotadura lumbar, al triángulo de Petit; se coloca la otra en el hipocondrio con la extremidad de los dedos dirigida hacia el tórax. Las manos se mueven como si quisieran juntarse y la mano anterior tiende á reconocer lo que le opone la mano posterior, que forma un plano uniforme de resistencia.

Estando en esta actitud es conveniente investigar asimismo el *peloteo renal*. La mano posterior por medio de una brusca sacudida rechaza el riñón hacia la mano anterior que recibe el choque.

La forma y sobre todo la consistencia del riñón, se aprecian con bastante facilidad estando dislocado el órgano. Cuando se puede coger el *riñón móvil* entre las dos manos, acontece que la misma presión le hace escapar bruscamente, esto ha motivado la clásica comparación con el hueso de cereza que se lanza teniéndolo apretado entre los dedos. Con frecuencia es necesario cambiar la actitud del sujeto, hacerle andar, etc., para que el riñón descienda de nuevo y pueda ser examinado otra vez por la palpación.

Cuando la laxitud del pedículo renal se acentúa hasta el punto de que el riñón llegue á ser flotante, se le puede hacer mudar de sitio en el abdomen: adquiere los movimientos que se le imprimen. Es conveniente practicar con cierto cuidado esta exploración á fin de no cambiar las habituales conexiones del pedículo, pues este hecho podría determinar su estrangulación.

Los tumores del riñón, las colecciones líquidas, purulentas ó hemáticas de los riñones ó de las pelvis, adquieren algunas veces considerable volumen; empero su reconocimiento atañe á la práctica quirúrgica, tanto que podría decirse que toda afección renal que por palpación ofrece signos concluyentes es del dominio de la cirugía. Las nefritis médicas, en efecto, originan tan sólo una sensibilidad más ó menos viva á la palpación renal y con frecuencia son enteramente indoloras.

La palpación aplicada al reconocimiento de los órganos génito-urina-rios, vejiga, útero y anejos, y próstata, la palpación abdominal en el embarazo, exigen el desarrollo que se merecen y que deben darles los tratados de diagnóstico quirúrgico y obstétrico; aparte de ello, estas materias no pueden útilmente encontrar cabida en esta obra.

MIEMBROS

La parte médica de la palpación de los miembros es relativamente reducida. Sin embargo, se pueden apreciar por palpación ciertos estados de la *piel* (esclerodermia), las proporciones del panículo adiposo subcu-

táneo, los edemas blandos (caquexias, cardiopatías, nefritis) y los duros, rojos (linfangitis) ó blancos (flegmasía), el estado de los *músculos*, su grado de atrofia, su poder contráctil. Al examinar los músculos se cuidará de explorar con cuidado y sucesiva y comparativamente los dos miembros.

La palpación nos ilustrará igualmente acerca de los *vasos* arteriales, la integridad de los *troncos nerviosos*: puntos dolorosos de las neuritis (ciática, etc.), nudosidades en el trayecto de los nervios (lepra).

Debe practicarse, por último, la palpación de las *articulaciones* con el doble objetivo de reconocer el dolor y el estado de la serosa. En una articulación enferma existen siempre uno ó varios puntos en que el dolor es mayor; para descubrirlos es necesario practicar la palpación con un solo dedo. Comprimiendo los fondos de saco sinoviales, cuando son aparentes y están distendidos, se busca la fluctuación, el exceso de líquido intra-articular. En la rodilla, sosteniendo con la palma de las dos manos los fondos de saco superior é inferior, la existencia de la rótula, que puede moverse fácilmente, presta un buen servicio á esta investigación: golpeándole va á chocar dicho hueso con la cara anterior de los cóndilos dando lugar al choque rotuliano característico de una hidartrosis.

Aparte de ello, y por los movimientos provocados en la articulación afecta, se aprecian los crujidos ó la crepitación más ó menos fina que acompañan á la artritis seca.

La palpación de los *huesos* revela las deformaciones del raquitismo, de la sífilis hereditaria (tibia en hoja de sable de Lannelongue), de antiguos callos de fractura, de seudartrosis (clavícula). No insistiremos sobre este asunto, puesto que las afecciones óseas son casi siempre pertinentes á la cirugía.

A. LÉTIENNE.

PERCUSIÓN

Definición.—La *percusión* es una investigación clínica destinada á producir un sonido á nivel de un órgano, á fin de evaluar el grado de resonancia del mismo. La percusión puede ser inmediata ó mediata, digital ó instrumental.

La percusión *inmediata* se practica ya con la mano, ya con uno ó varios dedos doblados á manera de martillo, ó bien con un instrumento especial que sirve de martillo y recibe el nombre de *percusor*. No se emplea ¹ ya la percusión inmediata más que para buscar los reflejos ten-

¹ Un médico que había tenido la desgracia de perder un brazo, adquirió la costumbre de recurrir á la percusión inmediata produciendo una especie de papirotazo con el índice colo-