

non, debajo de las clavículas ó en la parte inferior del cuello, y se ha sentido alguna vez en la axila, y aun en la region dorsal. Entre estos dos centros hay un espacio en que faltan mas ó menos completamente. A medida que se aproxima la mano al corazon, se sienten los latidos del órgano, y á medida que se separa, se debilitan estos latidos; pero se perciben otros á medida que se aproxima al sitio del aneurisma, sintiéndose que este nuevo choque tiene otros caractéres y depende de otra causa que el anterior. Este choque es unas veces doble, y otras sencillo; da frecuentemente una sensacion de chasquido, y va habitualmente acompañado de estremecimiento vibratorio. Al cabo de algun tiempo se ve formarse en el mismo punto una elevacion y un adelgazamiento, y, por último, una perforacion de las paredes del torax.

Los tumores encefaloideos desarrollados en el mediastino, en el pulmon ó en cualquier otro punto del torax, producen, como muchos tumores de este género, aunque separados del corazon y de los grandes vasos, latidos perceptibles á la vista y al tacto, y que pueden inducir á error considerándolos como una hipertrofia del corazon ó como un aneurisma.

Hemos visto en el hospital de San Luis, en 1842, en la visita de Felipe Boyer, un hombre que tenia en la axila izquierda un tumor del volumen de la cabeza de un niño, hemisférico, sólido, macizo á la percusion, que parecia provenir del interior del torax, y en el que se perdian las costillas sin que se pudiera determinar la conexion que tenian con el tumor. Esta masa estaba agitada por enormes latidos perceptibles á la vista y al tacto. Estos latidos se transmitian en todos sentidos, y parecia que la masa experimentaba una sensible dilatacion. No podia ser confundido con el corazon, pero si se parecia mucho á un aneurisma de la aorta. Se dudaba entre un aneurisma y un tumor encefálico, porque la piel estaba recubierta de venas muy dilatadas y azuladas. Cuando murió el enfermo, se encontró una masa encefaloidea de un volumen considerable, cuyo punto de partida era el pulmon derecho, y que habia invadido las costillas. El centro del tumor estaba constituido por un líquido rosado, y el resto estaba penetrado por numerosos vasos sanguíneos. Mas adelante indicaremos otros fenómenos que se presentaban en este notable tumor.

V.—DE LOS LATIDOS EPIGÁSTRICOS.

Se observan algunas veces en el epigastrio latidos isócronos con los del corazon, acompañados de una elevacion y depresion alterna-

tivas, y mas ó menos pronunciados. Estos latidos son algunas veces extremadamente visibles, y otras poco pronunciados; pero la impulsión que los determina es siempre bastante débil para que no se les sienta sino con dificultad con la mano. Ocupan por lo regular una gran extension, y algunas veces llegan hasta la punta del corazon; otras son mas manifiestos bajo las costillas izquierdas que en el epigastrio, pudiendo ser pasajeros ó permanentes.

No se los debe confundir con las *pulsaciones abdominales* (V. *Enfermedades del abdomen*), que se observan en el mismo sitio, y que dan una sensible impulsión á la mano, como si fuesen producidas por un aneurisma, y tienen latidos tumultuosos, en desacuerdo con los del corazon por lo general. Tambien debe distinguírseles de la depresion precordial que se manifiesta en la inspiracion de los individuos, cuya pleura pulmonal está adherida al pericardio ó á la pleura parietal próxima (Bouillaud).

El valor de los latidos epigástricos está mal determinado, porque no se conocen todas las causas que los producen; además, que en algunos enfermos se los ve aparecer y cesar sin que se puedan apreciar las causas de estas alternativas. Como quiera que sea, se los observa particularmente en las mujeres histéricas y en los hipocondriacos, en la plenitud gaseosa del estómago, en las adherencias del pericardio al corazon, en los aneurismas del vértice de este órgano, y en la dilatacion de sus cavidades derechas; puede presentarse tambien en ciertos derrames abundantes del pericardio y de la pleura izquierda, y en el descenso del corazon; pero no puede inferirse de la ausencia de estos fenómenos que no exista alguna de las lesiones mencionadas.

En las histéricas y los hipocondriacos parece que dependen de los **latidos nerviosos**, ó de la plenitud del estómago por **gases**; en los casos de **hipertrofia del hígado**, es un efecto de trasmision mecánica.

En algunas pericarditis con derrame, hemos observado latidos de este género, que nos han parecido ser dependientes del **descenso del diafragma**; en efecto, nos ha parecido en estos casos que, comprimiendo con los dedos por debajo de las costillas, sentiamos una resistencia mas ó menos fuerte y una fluctuacion oscura.

Los hemos encontrado ciertamente en la **dilatacion de las cavidades derechas del corazon**. Todos saben que en estos casos la sangre se estanca en estas cavidades, y, acumulándose, forma una verdadera ingurgitacion, y que los latidos ordinarios no son capaces de expulsar en totalidad la sangre acumulada de esta manera; se concibe que las pulsaciones de esta parte del corazon se extiendan

en cierto r adio, y en particular al epigastrio, punto al que corresponde la punta del corazón. Lo que da valor   esta opinión es que estos latidos disminuyen y aun desaparecen cuando la circulación se regulariza; así, cuando los latidos tumultuosos y las palpitations se calman por el reposo, por la acción de la digital, y sobre todo por las sangrías, cesan los latidos epigástricos, pudiendo creerse que las cavidades derechas dejan de estar ingurgitadas; se vacían completamente   poco menos, y por lo tanto no puede tener lugar la trasmisión de los latidos   distancia. De aquí los cambios considerables que se manifiestan en este concepto, como en muchos otros, en los enfermos que permanecen largo tiempo en los hospitales.

  Pueden observarse los latidos epigástricos en los casos de adherencia del corazón al pericardio? El doctor Sauder, segun refiere Bouillaud, da el hecho como seguro. H  aquí lo que dice sobre el particular: «Se puede reconocer la adherencia del pericardio al corazón por la existencia de un movimiento perpétuo, de una fuerte ondulación que se nota por debajo del sitio en que habitualmente se siente el de la punta del corazón... Durante la contracción simultánea de los ventrículos, se eleva la punta hácia adelante, y eleva, arrastrándola, la parte inferior del pericardio con el diafragma y todo lo que está adherente, produciéndose al mismo tiempo un hundimiento debajo de las costillas izquierdas de la región superior del vientre: en el momento siguiente se dilatan los ventrículos, la punta del corazón baja súbitamente, y no encontrando libre el espacio, comunica al pericardio, adherente al diafragma y á las demás partes enlazadas, el choque, que es sensible al exterior por una pequeña elevación que se marca en el mismo sitio en que se notaba poco antes la concavidad, y que se extiende, por lo tanto, un poco mas abajo.»

M. Bouillaud, que dice no haber observado apenas la particularidad de que habla M. Sauder, nos parece hoy mas dispuesto á reconocer su valor. En cuanto á nosotros, los hemos encontrado en muchos casos en que otras circunstancias nos indujeron   creer en adherencias del corazón; pero no hemos visto en la demostración anatómica la coincidencia del síntoma con la lesión indicada. En todo caso, no puede ser sino un fenómeno muy dudoso y sospechoso, porque se presenta en gran número de circunstancias, y porque además los síntomas de adherencia del corazón son incompletos todavía. Lo que podria dar alguna importancia á este hecho, es el haber sido señalado en otra afección en que la adherencia del corazón al pericardio es un fenómeno habitual. En efecto, pueden encon-

trarse estos latidos en los aneurismas verdaderos del corazón, y sobre todo en los de la punta del órgano; se sabe que con frecuencia se observa la adhesión del saco aneurismático al pericardio.

En resúmen, este es un hecho que tiene poca importancia por sí mismo, pero cuya presentación puede hacer suponer algunas de las afecciones bastante raras que acabamos de exponer: si este fenómeno no es patognomónico, debe al menos inducir   investigar todos los demás síntomas, cuya naturaleza pueda confirmar las suposiciones planteadas.

  II. — Signos suministrados por la palpación.

Algunos de los fenómenos demostrados por la inspección pueden percibirse tambien por la palpación, que no hace en estos casos sino confirmar lo indicado por la vista.

Se percibe por la palpación el *choque*   la *ausencia del choque del corazón*, la *perforación de las paredes del torax*, el *frote*, el *estremecimiento vibratorio* y los *movimientos   chasquidos vasculares*.

VI. — DEL CHOQUE DEL CORAZON.

Hemos descrito, al hablar de la inspección, la mayor parte de los fenómenos normales y anormales que se verifican en el choque, y en este lugar a adir mos los que se observan principalmente por la palpación.

En los individuos gruesos, y en algunas mujeres, no se percibe el choque; desaparece en las pericarditis con abundante derrame; en algunas hipertrofias, cuando la punta se coloca detrás de una costilla; cuando se dirige hácia atrás y se sumerge entre los pulmones; en las fuertes adherencias de la punta del corazón.

Aumenta de energía en las palpitations nerviosas, pero sin que exista desviación de la punta.

Aumenta tambien en la hipertrofia, pero la punta se disloca y las costillas se separan. En algunos casos es tan violento, que parece el choque de un martillo, golpea la mano, conmueve y eleva la cabeza del que ausculta, y en un grado mas avanzado, la violenta sacudida del torax se trasmite hasta la base del cuello, en cuyo caso no solo choca por la punta, sino por toda la superficie anterior del corazón. Para apreciar su fuerza, ha empleado M. H rissant el esfigm metro, hoy desusado y reemplazado por el estetoscopio. Aplicando la superficie torácica del estetoscopio sobre el sitio correspondiente á la punta del corazón,   en otro lugar de la región precordial, se ve que