

ó sea setenta y dos por minuto: es digno de llamar la atención que estos eran con mucha frecuencia interrumpidos por accesos de tos seca de corta duración. Pasé en seguida al examen del torax, y á primera vista no lo encontré mal conformado; únicamente el movimiento de elevación de las costillas era poco manifiesto. Se veía, además, un elevamiento muy marcado, isócrono, con la sístole ventricular al nivel del quinto espacio intercostal, y debido á las pulsaciones de la punta del corazón. Aplicando la mano en ese punto pude percibir, sobre todo introduciendo el dedo fuertemente en uno de los espacios, un estremecimiento vibratorio enérgico, fenómeno que, como veremos después, tiene—según el Dr. Montes de Oca—un gran valor bajo el punto de vista del diagnóstico.

El haber encontrado la punta del corazón, me sirvió para formar mi primer diámetro en la maciez que había de dar la percusión. En efecto, partiendo del quinto espacio intercostal, precisamente á dos centímetros hácia abajo de la tetilla, percuté para seguir una línea oblicua hácia arriba y hácia adentro, deteniéndome después de varias rectificaciones en un punto superior sonoro, donde marqué con un lápiz de nitrato de plata, una señal. Señalé de igual modo donde terminaba la maciez inferiormente, y noté que la distancia entre las dos marcas era de diez centímetros próximamente. Tiré después un diámetro perpendicular al primero, y dió una línea de 7 centímetros. Sobre estos formé otros hasta llegar á constituirse una figura oval bastante regular, situada muy próxima á una cicatriz blanquiza oval mayor, consecutiva á un varicela reciente. Auscultando la región precordial, encontré el corazón con su ritmo normal, de manera que sus ruidos y sus momentos de silencio no habían perdido su oportunidad, podríamos decir: los batimientos del órgano muy perceptibles, demasiado cerca, molestando al oído y dando á este sentido los caracteres de la resonancia metálica; se oía además un frotamiento continuo y un soplo que empezando antes del primer tiempo y llenando este, se prolongaba un poco después. Este ruido de soplo iba aumentando de intensidad hácia la punta del corazón y se reforzaba á la derecha. No había pulso venoso.

Palpando el torax lateralmente y comparando un lado con el otro, hice hablar al enfermo y encontré una poca menos de vibración en el derecho. Percuté y noté por la parte posterior una disminución de la sonoridad normal, principalmente en los vértices y del lado derecho; por la parte anterior y lateral, este fenómeno se hacía mucho menos perceptible. Auscultando por la espalda, me llamó la atención una disminución general en la intensidad del murmullo respiratorio; y algunos estertores húmedos gruesos, en la base de los dos pulmomes. El murmullo respiratorio en los dos vértices era muy áspero, caracterizándose la es-

piración por ser mas larga que la inspiración. Ausculté la voz y pude oír muy marcada su resonancia en la parte média de la región lateral del torax á la izquierda. Todos los fenómenos de palpación, percusión y auscultación, se hacían mas notables en el pulmón derecho.

Sus digestiones se hacían bien, tenía buen apetito, no dolía el vientre, no había náuseas ni evacuaciones; por consiguiente no me metí en examinar la cavidad abdominal. Sus secreciones se efectúan con regularidad, duerme en cuanto se lo permite la tos, es decir, bastante; pues esta no es tan molesta que no lo deje dormir. La inteligencia parece intacta, porque la dificultad para responder la atribuí á una tontera congénita, solo importante bajo el punto de vista del interrogatorio.

El Sr. Rocha y yo procedimos á aplicar el esfigmógrafo de Marey en el antebrazo izquierdo, donde el pulso era mas fuerte, y á pesar de esta precaución, tuvimos grandes dificultades para sacar algunos trazos iguales y en nada comparables por cierto en cuanto á su limpieza con otros de muchos enfermos que hemos seguido obteniendo después, pues la arteria radial del individuo en cuestión, no se prestaba á conseguir un trazo perfectamente limpio y elegante como los que se conservan en el archivo correspondiente. Sin embargo, tengo el honor de adjuntar á la presente uno de los mejores, en el cual puede notarse en primer lugar, las curvas muy poco visibles; en segundo, la línea vertical muy pequeña, y en tercero la que corresponde al gran silencio casi horizontal, debido esto á que la que pertenece á la sístole arterial es muy pequeña. En fin, la explicación que puede hacerse del trazo es la siguiente: debilidad del corazón para lanzar la onda sanguínea.



*Diagnóstico.*—La existencia de un frotamiento pericárdico continuo á la auscultación de un estremecimiento vibratorio marcado en el cuarto espacio intercostal de la región precordial, el cuadro de síntomas que dice caracterizó la enfermedad que padeció hace dos meses y como mas comprobante todavía el tratamiento revulsivo que siguió con ella y del cual conserva una señal, no dejan ninguna duda de que el enfermo se vió atacado de una pericarditis seca, de la que quedan actualmente adherencias muy generales. La pericarditis debe haber sido probablemente de la forma que Jaccoud llama *pericarditis paralítica*, variedad que solo funda en el carácter de la línea descrita por el esfigmógrafo. En efecto, si se compara el trazo esfigmográfico que ahora presento, con el que trae en su obra de Patología interna, Jaccoud, queda uno plenamente convencido de su identidad.

El aumento excesivo de la área maciza que la percusión da á conocer en la región precordial, puesto que siendo normalmente