

CLINICA INTERNA.

La percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y el reflejo cardíaco.

El Dr. Abrams, en su obra titulada *Spondylotherapy*, se ocupa muy especialmente de la importancia que tiene la excitación de varios puntos de la región raquídea para modificar el funcionamiento de diversos órganos, y en particular los viscerales. Me pareció adecuado hacer objeto de este trabajo, el consignar varias observaciones hechas con la mira de contribuir a probar

alguna de las afirmaciones de este autor; y escogí la referente al reflejo cardíaco provocado por la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical.

Probablemente la personalidad del autor aludido es elevada cualquiera que sea el punto de vista desde donde se le mire; pero esto no va a impedir que la experiencia y la ciencia fallen definitivamente acerca de la verdad de las aseveraciones que pueden ser emitidas con la mayor buena fe; pero oscurecidas por un criterio apasionado y erróneo. El punto, en concreto, de que voy a ocuparme, es un fenómeno nervioso como son los reflejos, en el cual, según Abrams, principiaría el arco diastáltico en la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical o quizás en la piel que le cubre, y terminaría en la víscera cardíaca; servirían de excitante varios golpes o la corriente eléctrica en el sitio mencionado, y la resultante sería la contracción del corazón, o para expresar la idea mejor: la reducción en las dimensiones del corazón y por consiguiente del área precordial.

El plan que voy a desarrollar es el siguiente: en la primera parte haré un relato de las ideas capitales del autor, relacionadas con el punto de que me ocupo, sin hacerme solidario de ellas, y concretándome a repetirlas solamente. Dichas ideas las he tomado de la obra citada. En la segunda parte haré consideraciones apropósito de ellas y referiré las observaciones que he recogido con el fin expresado.

El estudio de los reflejos viscerales, despertados por excitaciones exteriores, es conocido hace tiempo; siendo el mejor estudiado el de Abrams. Conocido desde el año de 1898, se manifiesta por reducción en las dimensiones del área precordial y depende de la contracción del miocardio; es de duración variable, resulta de una excitación de la piel de la región precordial por medio de un rocío de éter, por la frotación con un instrumento romo o por la percusión. El fenómeno se advierte mejor con los rayos de Roentgen, aplicando el fluoroscopio a la pared anterior del tórax. El reflejo se marca mejor, por regla general, en el ventrículo izquierdo que en el derecho; la contracción del miocardio no es siempre brusca ni momentánea; al contrario, en los niños, en quienes se han hecho la mayor parte de las observaciones originales, la contracción es por lo común de dos minutos y aún más después de haber cesado la excitación.

El grado de la contracción varía mucho: en algunas personas es apenas perceptible, mientras que, en otras, la reducción del área puede ser de dos centímetros en todos sus contornos después de la primera aplicación del excitante cutáneo; otras veces queda limitada al ventrículo izquierdo.

En realidad, no falta en el estado normal, pero en los individuos con dilatación cardíaca el reflejo es muy evidente y de duración más larga que en los corazones sanos. Esta última observación la han confirmado las cuidadosas de Mercklen y Heitz.

En las comunicaciones primeras, referentes al reflejo cardíaco, se consignó que sólo el diámetro transverso de la viscera obedecía al reflejo; pero se ha visto con los rayos X que también en el diámetro vertical sucede.

Ya desde 1834 los Doctores William y Dannel Griffin, el primero de Edimburgo y el segundo de Londres, demostraron que había alguna relación entre las excitaciones de puntos determinados de la columna vertebral y algunos fenómenos viscerales, especialmente radicados en el aparato digestivo. Teniendo esto en cuenta, Abrams se dedicó con entusiasmo a continuar estos estudios, y los ha hecho referidos en el aparato respiratorio al reflejo del pulmón, en el aparato digestivo al del hígado, en el aparato cardiovascular al reflejo cardíaco, a los efectos sobre la tensión sanguínea y a otros fenómenos más, todos interesantes de conocerse y comprobar. También se ha demostrado con observaciones posteriores que el reflejo cardíaco podría provocarse por irritación de regiones lejanas: I, irritación de la mucosa nasal; II, irritación de la mucosa gástrica; III, irritación de la mucosa rectal; IV, irritación de la mucosa esofagiana al deglutir; V, por percusión de los músculos; VI, por influencia psíquica y VII, por percusión vertebral.

Me concretaré a la última, que es la que el autor considera como el medio más efectivo para provocar el reflejo cardíaco; no tendré en consideración los otros y referiré lo siguiente a la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical como causa de un reflejo de contracción en la viscera cardíaca, excluyendo el reflejo de la dilatación, que no tiene su lugar de origen donde el primero, según Abrams; dice también este autor que debe percutirse con toda atención en una sola vértebra

cuando se trate de despertar el reflejo con ella relacionado, porque de no ser así, pueden provocarse otros, distintos y aún opuestos; pues tanto las inmediatamente superiores como las inmediatamente inferiores, suelen producir efectos distintos al ser excitadas.

Para la percusión simple, el autor emplea como plesímetro una pieza de hule blando o de linoleum, como de 15 centímetros (6 pulgadas) de largo, de 4 centímetros ($1\frac{1}{2}$ pulgadas) de ancho y de 7 milímetros ($\frac{1}{4}$ de pulgada) de grueso; como martillo percusor, un pedazo grueso de hule, semejante al martillo de Dejerine para buscar el reflejo patelar. Se pueden percutir las apófisis con los dedos o mejor con el puño cerrado, sirviendo de plesímetro los dedos de la otra mano extendidos y juntos; en este caso, la cara palmar de estos se aplica a las apófisis espinosas que se van a percutir, y con el puño se golpea la cara dorsal, los golpes deben ser bruscos y fuertes. Este método debe usarse únicamente en casos de urgencia. El uso del martillo y del plesímetro es muy conveniente y muy sencillo, y por tanto preferible. Cuando se usa el plesímetro se aplica sobre la apófisis que se desea percutir, y los golpes del martillo deben ser bruscos y fuertes. La percusión vigorosa de las apófisis no ocasiona ningún resultado desfavorable para el observado.

Debe suponerse que si es la percusión el excitante de los reflejos vertebrales, ha de ser la acción mecánica transmitida a las raíces de los nervios espinales la que los despierte; pues muchos fisiólogos concuerdan en que la médula no reacciona a los estimulantes directos. En el caso especial, y teniendo en cuenta las relaciones anatómicas, se encuentra que la apófisis de la séptima vértebra cervical y el tercer par dorsal, se hallan en un mismo plano horizontal o, en otros términos, las raíces de este par son las excitadas con la percusión de la apófisis de la séptima vértebra cervical.

En el resultado del reflejo en las vísceras hay dos fenómenos que considerar: el primero que depende de las variaciones en la afluencia de la sangre tal como sucede en estado normal, aflujo que produce cambios en el volumen de las vísceras; el otro fenómeno depende de la acción puramente muscular de la misma víscera.

Cuando es el efecto terapéutico el que se busca como resultante de los reflejos vertebrales sobre la víscera, debe utilizarse la percusión para provocarlos, porque es el único recurso efectivo. Al acudir a este medio, se debe evitar a toda costa el empleo de instrumentos cuyo uso produzca fricción porque los resultados se alteran. Puede hacerse la percusión directa con el martillo sobre la apófisis y prolongar la sesión varios minutos; pero para evitar una fricción eventual es necesario interponer algún objeto entre el martillo y la saliente apofisiaria. La percusión debe interrumpirse si el paciente experimenta sensación de quemadura.

El instrumento del autor "es en esencia un martillo neumático que golpea con una superficie de una pulgada y cuarto o funciona con aire comprimido. La fuerza de la percusión puede regularse por una llave y por la presión del plesímetro sobre la apófisis espinosa. Para poner en acción el martillo, es necesario colocar el dedo en la abertura de succión y entonces se suelta repentinamente, o golpeando fuertemente el plesímetro con la mano. La ausencia de aldabas, alfileres, resortes y embudos evita todo gasto de aire y asegura un trabajo invariable del martillo. No se transmite vibración alguna a la mano del operador. Aunque muy pesado, es de fácil manejo si se suspende en el cielo raso por medio de un contrapeso; los plesímetros son de diferentes tamaños para abarcar una, dos, tres o más apófisis espinosas. El aparato citado sólo puede utilizarse cuando se dispone de aire comprimido a alta presión; pero esto no es un obstáculo, ya que los edificios modernos están provistos de aire comprimido."

Puede suplirse satisfactoriamente con un aparato eléctrico y, en caso de faltar los anteriores, con un martillo y un plesímetro de los comunes.

Varias ventajas ofrece el reflejo citado: unas veces para ayudar a formular un diagnóstico o un pronóstico y otras como medio terapéutico.

Entre las enfermedades cuyo diagnóstico se aclara, figura la insuficiencia valvular relativa, aquella en que a causa de una dilatación cardíaca las válvulas, aunque sanas, no cierran completamente el orificio, el tricúspide esencialmente. En este caso se oye un soplo que puede desaparecer temporalmente a cau-

sa del reflejo cardíaco, que originando una contracción del miocardio reduce las dimensiones de los orificios, favoreciendo así que las válvulas sean suficientes.

Puede utilizarse también el fenómeno para distinguir cuando una obscuridad mayor de la región precordial depende de un derrame y cuando de una cardioéctasis, porque en el primer caso no hay reducción del área a consecuencia del reflejo, en tanto que, en el segundo, sí la hay. También puede servir para conocer si una zona oscura y con latidos, que se ve con los rayos X, es la proyectada por el corazón o por un aneurisma, porque al provocar el reflejo, el área disminuye si depende de la víscera.

Además del valor diagnóstico expresado, puede tenerlo pronóstico: las veces en que una lesión cardíaca esté descompensada y el corazón hipertrofiado, el reflejo cardíaco puede tener tres fases: existir bien marcado, ser limitado o no existir; en el último caso el área queda la misma antes y después de la percusión de la séptima apófisis espinosa cervical. El valor pronóstico estriba en que las veces que el reflejo es claro corresponde a los casos en que la víscera puede reaccionar de tal manera que puedan normalizarse las funciones de los demás órganos, es decir, compensarse la lesión; en tanto que, en los otros casos esto no sucederá, porque el corazón, no obedeciendo al reflejo, no triunfará de los obstáculos que le ofrezcan los demás órganos enfermos.

El tratamiento está basado en esa reacción posible del órgano, puesto que si se obtiene metódica y frecuentemente, llegará un momento en que el área precordial vuelva a su estado normal y se recupere el funcionamiento fisiológico de las vísceras que lo tienen más directamente subordinado al del corazón.

Varias son las consideraciones que sugieren las ideas del autor, resumidas sin comentarios en la primera parte de esta tesis, y al estudiarlas, se ofrecen cuestiones de orden anatómico, fisiológico y patológico sujetas, necesariamente, a la comprobación clínica por ser ella la que, alejada de la teoría, debe san-

cionar con hechos las aseveraciones de la especie de la que hoy nos ocupa.

Juzgando este estudio desde el punto de vista anatómico, se debe tener en cuenta que el autor dice que la apófisis de la séptima vértebra cervical corresponde, en un plano horizontal, al tercer par dorsal, y siendo así, como es, hay que suponer que la excitación provocada al percutir esa apófisis se transmite por conducto del tercer par dorsal, que sin ahondar por ahora el punto, sería el intermediario para producir el reflejo cardíaco. El tercer par dorsal es el tronco de varias ramas nerviosas, entre otras, del nervio intercostal que se distribuye dando "una rama perforante lateral dividida en rama anterior que se dirige hacia el esternón y rama posterior que va a anastomosarse con el braquial cutáneo interno, y se distribuye en la piel de la parte posterior e interna del brazo." (H. Beaunis y A. Bouchard.)

Teniendo esto en cuenta, se nota cierta relación en el mecanismo íntimo en virtud del cual se producen tal vez el reflejo en estudio y el primitivo de Abrams, pues la zona de distribución del tercer par dorsal, corresponde en parte a la piel de la región precordial; y ya sea este el punto excitado o ya el tronco del propio tercer par, la acción nerviosa se transmitiría por las neuronas respectivas hasta el encéfalo de donde volvería por el neumogátrico probablemente o por el simpático del cuello hasta el corazón convertida esa acción sensitiva en movimiento, admitiendo que fuera de los casos en que los troncos nerviosos recibieran la excitación que se transformara en acción mecánica; porque lo común es que las terminaciones nerviosas sean las que la recojan de la periferia como sucede con los reflejos que se provocan en clínica. Sería difícil averiguar si el reflejo parte de la excitación del tronco nervioso de que hemos tratado o es otro el punto en que principia el arco diastáltico.

Arduo sería clasificar con todo rigor la clase de reflejos a que pertenece el cardíaco provocado por la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical, porque no es la sensibilidad exclusivamente la que interviene para despertarlo, ni es un solo órgano el que se excita al percutir dicho sitio, sin embargo, lo más acertado es seguramente considerarlo del grupo de los reflejos de sensibilidad.

El punto de vista clínico, íntimamente ligado con el patológico, es el más interesante, el capital en este escrito, el no sujeto a hipótesis, el que siendo objetivo no encierra sino hechos que lo confirmen o lo nieguen. Es el único en el que he hecho averiguaciones que están consignadas con detalle al final.

Los útiles de que me he valido para hacer mis estudios son un martillo de percusión de los más conocidos, que tienen donde golpean una bolita de caucho y un plesímetro de marfil, de la forma bien conocida en México

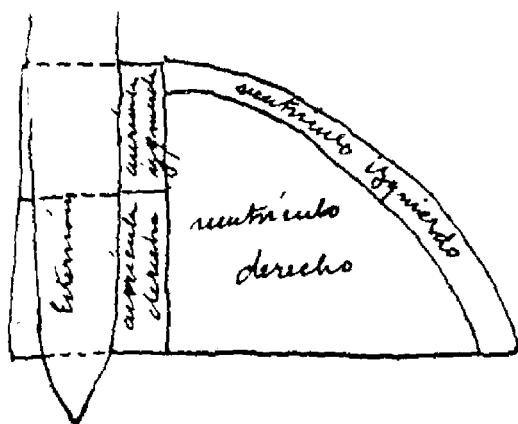
Todas las sesiones de percusión las he hecho durar cinco minutos golpeando la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical. Han sido hechas mis observaciones en individuos de edades diversas, de uno y otro sexo, en personas sanas y en cardíacos especialmente mitrales.

Con el fin de precisar los límites normales de la región precordial encontré datos que tienen interés por la interpretación de algunos hechos que de ellos dependen. La Anatomía Topográfica de Tillaux, edición 8ª, tiene en la figura 199 la prueba de que el borde izquierdo del esternón se halla a igual distancia de los extremos derecho e izquierdo del corazón; que el límite derecho de esta viscera dista del borde derecho del esternón la mitad de lo que dista el límite izquierdo más lejano del corazón del borde izquierdo del esternón; más en la figura 200 de la obra citada, se advierte la interposición de una capa gruesa del pulmón tanto del lado izquierdo como del lado derecho especialmente.

En obras de Clínica como la de Debove y Achard se dice que el límite derecho del área precordial se encuentra exactamente en el borde derecho del esternón. Esta discrepancia es sólo aparente y con toda justicia, en mi sentir, la explica Terrés diciendo: 1º los medios para fijar los límites en un caso y en otro son distintos, porque el anatomista lo hace con órganos muertos u operando en cadáveres congelados y por tanto con órganos sin vaciar; en tanto que el clínico lo hace por medio de la percusión cuyos resultados están sujetos a diversos factores como son: la naturaleza del órgano, su situación respecto de la pared percutida y sus relaciones con otros órganos. El medio que parecería como más seguro y que consiste en la exploración por los rayos X, tampoco está distante de un error porque con sólo un

cambio en la dirección de los rayos luminosos es suficiente para cambiar una imagen. De todos modos, el límite que asignan Debove y Achard en la obra citada, no es exacto, porque es indudable que lo justo es considerar ese límite donde varios clínicos lo han fijado: en el borde derecho del esternón en la parte alta, y que se aleja, conforme desciende, hasta quedar como a centímetro y medio en la parte más baja.

El área de proyección de la viscera cardíaca se dividiría esquemáticamente como está en la figura adjunta, porque efectivamente, las diversas porciones del corazón se proyectan en la pared torácica según la disposición y proporción que representa la figura.



El conocimiento de la relación anatómica de las cavidades de la viscera con la pared tiene interés, puesto que explica cómo la patología cardíaca concuerda con el reflejo del corazón. En efecto, la reducción del área precordial se advierte en los límites derecho e izquierdo, y aunque esto aparentemente no tendría nada de notable, entre otras razones por ser los lados donde puede haber expansión, tiene de hecho interés en saber bien que en esos dos sentidos crece el área cuando crece, y además el límite izquierdo y superior, que como se ve en la figura, corresponde a la parte del ventrículo izquierdo más próxima a la pared torácica, desciende un poco al verificarse el reflejo, seguramente porque esta parte de la viscera es la más musculosa y en ella tiene que apreciarse mejor cualquier cambio que dependa de un fenómeno mecánico. En todo este límite se observa, al-

gunas veces, el cambio, aunque es más común que se note especialmente en la punta; sin dejar de pensar que al contraerse la víscera toda tiene que descender forzosamente el límite izquierdo; pero con la salvedad de que existe esa condición. Este cambio, que es transitorio por efecto del reflejo, según Abrams se hace permanente después de varias sesiones en algunas veces. También en el límite derecho se observan modificaciones tanto transitorias como permanentes, aunque me ha parecido que son más ostensibles en su parte superior. La reducción de este límite se explica, puesto que, así como el ensanchamiento del área precordial se hace a la derecha cuando por insuficiencia mitral se perturba la circulación pulmonar y de allí sobreviene la dilatación de las cavidades derechas y el desalojamiento del límite que da la aurícula respectiva, así también al mejorar el funcionamiento cardíaco y reducirse las cavidades derechas, la aurícula tiene que volver casi a su primitivo límite.

No insisto en detalles acerca de otro orden de lesiones cardíacas porque no tuve oportunidad de observar un número de casos suficiente.

Algunas veces, en el estado normal, se hacen estas variaciones en proporción reducida y de una manera transitoria, aunque frecuentemente el reflejo que las provoca falta. En estado patológico tengo observaciones de enfermos con lesiones mitrales y en particular con insuficiencia, pues como dije, no tuve oportunidad de estudiar cardíacos de diversa especie, y refiriéndome a aquellos digo, como resultado de esos estudios, que pueden presentarse tres casos: 1º el de una lesión mitral compensada; 2º el de la misma descompensada, susceptible de compensarse y 3º el de una lesión mitral descompensada no susceptible de compensarse.

En el primero falta el reflejo casi siempre, y por tanto, la reducción permanente del área precordial; en el segundo existe reflejo pocas veces, sin que pueda atribuirse a su repetición el hecho de que se reduzca el área permanentemente, y en el tercero siempre falta el reflejo.

Algunas consideraciones se ocurren con motivo de estos hechos: en los casos en que estando lesionado el corazón por una insuficiencia mitral no apareció el reflejo, se trató de enfermos en quienes el área precordial estaba normal, es decir, el cora-

zón estaba con un defecto que por su importancia no había provocado en la víscera una dilatación simple o hipertrófica que hicieran crecer el área, y puede faltar o no el reflejo como sucede en el estado normal.

En los casos en que pueden mejorar las condiciones del órgano y compensarse su lesión, tienen más interés y para hacer comentarios a este respecto, debe tenerse por base la recomendación que hace Abrams, con la que he cumplido y, que consiste en dejar sin tónicos cardíacos a los observados, durante algunos días, ya que los hayan tomado por necesitarlos ó que durante la observación no los hayan tomado por no necesitarlos. De suerte que, cuando haya pasado el efecto de esos tónicos hay que principiar a observar los efectos de la percusión de la apófisis espinosa de la vértebra prominente.

Las raras veces en que he observado la disminución permanente del área precordial se han satisfecho esos consejos; pero no puedo afirmar que en ellos, sin la excitación repetida varias veces, haya sucedido lo mismo; porque el reposo, la dieta y los diuréticos pueden concurrir a que una lesión cardíaca se compense, y depender sólo de esa dietética la reducción del área; o bien que las excitaciones repetidas estimulen las paredes del corazón, que venzan la dilatación y aumentando así la actividad funcional desaparezcan las consecuencias del funcionamiento defectuoso: edemas, congestión pulmonar, etc. Son insuficientes mis observaciones para una conclusión semejante, pero no las he completado por no haber dispuesto de todos los enfermos necesarios.

El hecho de que se sucedan esos fenómenos no quiere decir que entre el provocar metódicamente el reflejo y la compensación de una lesión cardíaca haya relación de causalidad. Puede asegurarse que pocas veces el reflejo existe y que el área se reduce cuando está grande; pero el enfermo está sometido a un régimen higiénico y además se le provoca repetidas veces el reflejo.

El tercer grupo de hechos que pueden ofrecerse, aquellos en que la lesión no sea de las que pueden compensarse y en la que quizá exista una degeneración avanzada del miocardio que impida a la fibra muscular responder a sus excitantes y que clínicamente se manifiesta por la asistolia permanente, no se modi-

fica con ningún recurso, de suerte que así como no reacciona a los tónicos cardíacos tampoco lo hace bajo el influjo del excitante que nos ocupa.

En resumen, el reflejo cardíaco provocado por la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical es muy inconstante en los individuos que tienen la víscera cardíaca sana; en los pocos enfermos en que se observa, falta algunas veces, y en otros falta constantemente.

Primera observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 12.—OCTUBRE 30 DE 1912.

Catalina Espinosa, de 36 años, tortillera. Fuma 20 cigarros en 24 horas.

Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Padeció viruela en su niñez; desde su juventud tiene tos fleumosa, especialmente en la noche, las fleumas tienen algunas veces estrías de sangre.

Hace dos años, a causa de una emoción intensa, comenzó su enfermedad con palpitaciones fuertes, disnea de esfuerzo, desvanecimientos e imposibilidad de guardar el decúbito dorsal porque aparecía sofocación. Las palpitaciones y los desvanecimientos aumentaban con el esfuerzo; así continuó hasta hace dos meses en que después de andar mucho sintió un dolor intenso en los dos hipocondrios, en particular en el izquierdo, sofocación intensa, palpitaciones y exacerbación de la tos. A los tres días apareció edema en la pared del abdomen y se extendió a los miembros inferiores y a la cara. Actualmente tiene los edemas, las palpitaciones y la sofocación; la tos es mucosa, más frecuente en la noche y le provoca dolor en el dorso.

La orina es normal.

En el aparato digestivo lo único digno de mención es que la enferma evacua el intestino cada 48 horas:

Tiene la cara cianosada, especialmente los labios y también las extremidades; ligera anasarca y respiración anhelante.

No se advierte algo notable al inspeccionar la región precordial; se percibe por la palpación el choque del corazón, débil;

la punta late en la sexta costilla, a 11 $\frac{1}{2}$ centímetros de la línea media y el límite derecho llega, en el mismo plano horizontal de la punta, a 3 centímetros de la propia línea; al auscultar la región se encuentra un soplo holosistólico de mayor intensidad en la punta y de propagación extensa. Se ven los latidos de los vasos del cuello; el pulso es de mediana intensidad, rítmico, igual y de 70 por minuto; las arterias están blandas.

En la parte posterior de la región costal del hemitórax izquierdo se encuentra una pequeña zona oscura; en todo el tórax se encuentran estertores subcrepitantes medianos y en la zona oscura en mayor número.

La boca está húmeda, la lengua ligeramente saburral, existe estomatitis; hay ascitis abundante; las áreas hepática y esplénica están normales.

La orina mide 1000 c. c. en 24 horas; tiene 1010 de densidad; 6 gr. por 24 horas, de urea; de cloruros 6.60 por 24 horas; no tiene albúmina.

El día 30 de octubre de 1911 se hizo la primera percusión según las reglas indicadas, de la séptima apófisis espinosa vertebral; en esta vez el límite izquierdo en su parte más cercana al esternón, descendió como medio centímetro, no existiendo cambio alguno ni en la punta ni en el límite derecho de la región precordial.

Noviembre 1^o—2^a sesión. En esta se acercó la punta medio centímetro a la línea media y se repitió lo observado la vez anterior, también en la parte inferior del límite derecho hubo una aproximación hacia la línea media de 7 m.m.

Noviembre 3.—3^a sesión. Se repitieron los dos primeros hechos de la sesión anterior.

Noviembre 8, 10, 12 y 15.—4^a, 5^a, 6^a y 7^a sesiones. Se advierte un resultado constante que consiste en el descenso de la porción interna del límite izquierdo y una aproximación hacia la línea media, del límite derecho, ambas en las proporciones que las primeras veces; pero en la última sesión se nota que un punto señalado con nitrato de plata en la parte cercana al esternón, del límite izquierdo, está más arriba que el principio de la oscuridad y que este punto desciende un poco más con la percusión de la apófisis citada; en cambio, la punta no ha cambiado de sitio.

Diciembre 5.—8ª sesión. Se efectuó después de experimentar la paciente un alivio notable, pues no tiene edemas, ni ascitis, ni palpitaciones, sólo persiste tos moderada. Por tratamiento ha tomado benzoato sódico, terpinina e ipeca. La percusión provoca los mismos fenómenos que la vez anterior.

Diciembre 23.—9ª sesión. Hasta esta fecha se repitió la percusión porque tuvo la observada una ligera descompensación de su mal cardíaco; y vuelta a mejorar, se buscó el reflejo sin encontrarlo.

Diciembre 29.—10ª sesión. Esta fué la última por salir de alta la enferma, observándose que la punta permaneció inmóvil, que el punto más cercano del límite izquierdo a la línea media descendió medio centímetro y que el límite derecho tanto en la parte alta como en la baja se aproximó a la línea media medio centímetro.

Segunda observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 28.—NOVIEMBRE 13 DE 1911.

Mauricia Maldonado, de 35 años, vendedora de recaudo en un mercado; bebe un litro de pulque y 200 c.c. de alcohol en 24 horas. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia. Sufrió tabardillo hace ocho años.

Hace cinco meses y medio le comenzaron vómitos de bilis que desaparecieron pronto, y diarrea, las evacuaciones eran dos diarias de color verde. Como al mes le principió ascitis y edema en la cara, a los dos meses se extendieron los edemas a los miembros inferiores; en este espacio de tiempo ha tenido palpitaciones en el reposo y con el esfuerzo. Durante el mismo tiempo ha tenido períodos de tos con flemas blancas unas y otras amarillas que ha desaparecido en la actualidad.

En los aparatos restantes nada hay de interés.

Al inspeccionar la región precordial se percibe intenso el choque del corazón; por la palpación se confirma y además se aprecia estremecimiento catario cerca de la punta; ésta late en el sexto espacio intercostal a 14 cents. de la línea media, y el lí-

mite derecho termina, en el mismo plano que la punta a 5 centms. de la misma línea; por la auscultación se encuentra un soplo holosistólico apexiano principalmente; pero se propaga al rededor de la punta.

Noviembre 13.—1ª sesión. No se observó reflejo.

Noviembre 15.—2ª sesión. No se observó reflejo.

Noviembre 18.—3ª sesión. Sólo el extremo interno del límite izquierdo descendió medio centímetro.

Noviembre 20.—4ª sesión. Se obtuvo el efecto que la vez pasada, pero menos claro.

Noviembre 22.—5ª sesión. El efecto fué igual al anterior. Salió de alta la enferma sin haber mejorado absolutamente.

Tercera observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 20.—NOVIEMBRE 7 DE 1911.

María Silva, de 23 años. Lavandera, de antecedentes hereditarios sin importancia. Hace dos años sufrió reuma generalizada en las grandes articulaciones que tardó seis meses en desaparecer.

Hace un año le empezaron edemas en los pies, se extendieron rápidamente hasta hacerse anasarca; le apareció entonces sofocación con el esfuerzo y en el reposo y palpitaciones; ha tenido frecuentes epistaxis moderadas. Tiene apetito, sed, sensación de plenitud después de los alimentos; la evacuación intestinal es normal.

La orina provoca ligero ardor al ser emitida, es escasa y obscura.

La enferma tiene tos poco frecuente con flemas blancas.

Existe anasarca exagerada, la cara está lívida y en algunos puntos del cuerpo el edema es lívido también.

En la región precordial se nota un latido difuso que se transmite hasta el epigastrio; se palpa el choque del corazón y el de la punta, lo mismo que el estremecimiento catario, más perceptible en ésta; la punta late a 12 ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal, el límite derecho se halla a 6 ctms. de la propia línea en el plano horizontal de la punta; por la

auscultación se encuentran dos soplos: uno de mayor intensidad en la punta y otro de mayor intensidad en el foco tricúspide, los dos sistólicos. El pulso es de mediana intensidad, rítmico, igual, y late 112 veces por minuto.

Existe ascitis abundante.

La base del hemitórax derecho está oscura con murmullo vesicular débil y en el resto escasos estertores subcrepitantes medianos.

Diciembre 8.—Se hizo una paracentesis del abdomen y se extrajeron tres litros de líquido amarillo rojizo.

Diciembre 9.—1ª sesión. Hubo después de ella un ligero cambio tanto en el límite izquierdo como en el derecho. En el primero hubo un descenso de 7 m.m. en su parte media, quedando inmóviles los extremos; en el segundo se aproximó la parte superior a la línea media como un centímetro.

Diciembre 11.—2ª sesión. Se repitieron los fenómenos de la vez anterior con la diferencia de que el cambio en el límite izquierdo fué de un centímetro.

Diciembre 16, 18, 20 y 26.—3ª, 4ª, 5ª y 6ª sesiones. En cada una de estas se repitieron los mismos fenómenos que los del día 11.

Diciembre 28 y 30; enero 3 y 5.—7ª, 8ª, 9ª y 10ª sesiones. Continuaron lo mismo los fenómenos; pero la enferma en los últimos días tuvo diarrea abundante, se debilitó extremadamente y murió el día 7 del mismo mes.

Cuarta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 5.—OCTUBRE 28 DE 1911.

Francisca González, de 50 años; toma dos litros de pulque y 30 c.c. de alcohol (estos en ayunas) cada veinticuatro horas. Sus antecedentes hereditarios sin importancia.

Hace 20 años tuvo tabardillo y hace 6 un dolor en el hemitórax derecho con calosfrío intenso. Este dolor le vuelve de vez en cuando.

Principió hace 5 meses a tener edemas en los pies y en la cara, ascitis y edema en la pared del abdomen, derrames que

existen aún. Tuvo un ataque de sofocación en esa fecha que no se ha repetido. Ha tenido palpitaciones y lipotimias con el esfuerzo. En el decúbito dorsal tiene dolor en la parte posterior del tórax. También hace 5 meses tiene tos que aumenta por la noche; al principio era más abundante la expectoración y sanguienta, ahora es blanca.

La orina es escasa y oscura.

La enferma tiene erutos y evacua su intestino cada cuarenta y ocho horas por término medio.

Nada existe de especial en los demás aparatos.

Después de algunos días de reposo y dieta láctea la exploración objetiva dió lo siguiente:

Existe palidez, edemas en la cara y ligeros en los pies y en las piernas.

No se percibe nada por la inspección ni por la palpación de la región precordial; la punta late a 12 ctms. de la línea media en el quinto espacio intercostal, el límite derecho está a 4 ctms. de la línea media a la altura de la punta; existe un soplo holosistólico apexiano con propagación a una zona extensa. El pulso es fuerte, rítmico, igual, de 91 por minuto; la tensión arterial en el esfigmomanómetro de Riva Rocci modificado por Cook es de 87 m.m.

En el aparato respiratorio hay escasos estertores subcrepitantes diseminados.

La boca está húmeda, la lengua ligeramente saburral, hay gingivitis. Existe ascitis escasa y timpanismo; el área hepática mide en la línea media 10 ctms., en la parasternal 14 ctms., en la mamaria 13 y en la axilar anterior 11.

La orina mide 225 c.c. en 24 horas; tiene de densidad 1020, de urea 22 gr. por 1000; de cloruros 4 por 1000 y no hay albúmina.

Octubre 28.—1ª sesión.—Se advierte inmediatamente después de ella que el límite izquierdo desciende un centímetro en la parte más próxima al esternón.

Octubre 30.—2ª sesión.—Se presentó el fenómeno igual a la vez anterior.

Noviembre 1º.—3ª sesión.—Además del cambio notado en las veces anteriores, se nota que el límite derecho se aproxima un centímetro a la línea media en toda la extensión.

Noviembre 3.—4ª sesión.—Se advierte después de la percusión que los extremos del límite izquierdo se aproximan al centro de la región y los del derecho a la línea media como un centímetro; el número de pulsaciones antes de percutir fué de 104 y después de 92 por minuto.

Noviembre 8.—5ª sesión.—Se repite el fenómeno como la vez pasada. La enferma ha mejorado notablemente de todos sus síntomas.

Noviembre 10, 11, 12, 13 y 15.—6ª, 7ª, 8ª, 9ª y 10ª sesiones.—En estas el cambio se repite como las últimas veces; pero en la postrera sesión se encuentra ya que el límite izquierdo en su porción más cercana a la línea media, está constantemente descendido como medio centímetro, y el reflejo provoca un descenso inmediato de un tanto más; lo mismo sucede en el límite derecho en toda la extensión, sólo que en proporciones menores.

Noviembre 27.—11ª sesión.—En esta no se presentó el reflejo. Puede considerarse que la lesión está compensada.

Quinta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 32.—NOVIEMBRE 26 DE 1911.

Juana Hernández, de 47 años, molendera de maíz y dedicada a labores domésticas. Fuma 15 cigarros y toma uno o dos litros de pulque en 24 horas. Tuvo viruela en su niñez, tabardillo hace 20 años y posteriormente un quiste del ovario operado en el hospital.

Hace 10 meses le comenzó debilidad en los miembros inferiores y zumbidos. Poco después tuvo palpitaciones y sofocación con el esfuerzo, epistaxis escasas y frecuentes; a los dos meses le aparecieron edemas en los miembros inferiores que se han extendido hasta hacerse anasarca; tiene desvanecimientos.

En la enferma hay anorexia, sed, náuseas, dolor en el epigastrio y días pasados tuvo un corto período de diarrea escasa.

Ha tenido tos con flemas sangrientas, abundantes, que le causa dolor en el tórax.

La orina es emitida con ardor, es escasa y oscura.

Los tegumentos de la enferma están pálidos y existe anasarca ligera. El área precordial no presenta por la inspección ni por la palpación algo importante; la punta late a $12\frac{1}{2}$ ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; el límite derecho está a 4 ctms. de ésta a la altura de la punta; existe un soplo holosistólico apexiano. El pulso es de mediana intensidad, rítmico, igual, de 88 por minuto. La tensión arterial medida en el esfigmomanómetro citado es de 80 m.m.

La orina mide 1250 c.c. en 24 horas; de urea tiene 8 gr.; de cloruros 3.80 en 24 horas y de albúmina 0.10 por 1000.

Nada notable hay en los demás aparatos.

Noviembre 26.—1ª sesión.—Se provocó con ella la aproximación de la punta hacia la línea media como un centímetro y medio.

Noviembre 27.—2ª sesión.—Se repite lo observado el día anterior.

Noviembre 28.—3ª sesión.—Se repite lo mismo, además desciende el límite izquierdo en la porción cercana al esternón, un centímetro inmediatamente después y la parte inferior del límite derecho se acerca a la línea media un centímetro.

Noviembre 30.—4ª sesión.—El reflejo se repite como el día anterior.

Diciembre 5.—5ª sesión.—Se encuentra que el límite superno-externo en su porción interna, está como un centímetro más bajo que al comenzar la observación y que la punta late un centímetro más cerca de la línea media. Se percute la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y se advierte que la punta se aproxima a la línea media un centímetro más; el punto inferior del límite derecho se aproxima a la misma línea también un centímetro. Medida en este instante la distancia a que se encuentran los últimos puntos citados de la línea media, se advierte la punta a 10 ctms. y medio y el otro punto a 3 ctms.; la punta sigue latiendo en el sexto espacio intercostal.

Diciembre 15.—6ª sesión.—Se repite el fenómeno como la vez anterior. La enferma tiene de tensión arterial en el esfigmomanómetro de Riva Rocci 85 m.m., todos los síntomas ostensibles para ella han desaparecido y, efectivamente, está muy mejorada. Sale de alta.

Sexta observación.

PABELLÓN 17 —CAMA 28.—NOVIEMBRE 30 DE 1911.

Eulalia Flores, de 50 años, tortillera y lavandera; toma 2 litros de pulque y 15 c.c. de alcohol (en ayunas) y fuma 15 cigarros en un día. Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia. Padeció viruelas en su niñez; reuma poliarticular a los 14 años y a los 40 un nuevo ataque de este.

Hace como un año comenzó su padecimiento actual con palpitaciones que aparecían sólo con el esfuerzo y edemas que se presentaban algunos días en los pies. Hace como un mes estos edemas principiaron a generalizarse llegando pronto a hacerse anasarca. Hace 15 días tiene tos moderada con flemas blancas. Las palpitaciones han continuado, presentándose también sin hacer esfuerzo.

La orina es escasa, subida de color y sedimentosa.

La enferma tiene anasarca, ligera cianosis en las extremidades y la cara, y ascitis de mediana abundancia.

Se ve en la región precordial un latido difuso; se siente un estremecimiento catario cerca de la punta; esta late a 15 $\frac{1}{2}$ ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; y a la altura de la punta, termina el borde derecho a 4 ctms. de la línea media; los latidos son arrítmicos, existe un soplo holosistólico de mayor intensidad en la punta y que se propaga a toda la región precordial; en el foco de la tricúspide existe otro en el mismo tiempo que el anterior. En el cuello se ve pulso venoso verdadero. El pulso radial es arrítmico, débil, de 112 por minuto; la tensión arterial en el esfigmomanómetro de Riva Rocci es de 105 m.m.

En el tórax hay estertores subcrepitantes de todos tamaños y difusos.

En este primer día de observación se buscó el reflejo y no se encontró.

Diciembre 9.—2ª sesión.—Se suspendieron hasta esta fecha las percusiones porque estuvo sujeta la enferma a la digital y a otros tonicardíacos. Después de 4 días de no administrárselos

se efectuó la percusión sin resultado alguno. Continúan la arritmia y los edemas.

Diciembre 27.—3ª sesión.—Volvió a suspenderse la observación hasta esta fecha, en la cual se completan 7 días de administrarle sólo un gramo de yoduro de potasio en poción. La punta late a 14 y medio centímetros de la línea medio en el sexto espacio intercostal. El pulso es más fuerte, menos arritmico, igual y de 92 por minuto. Con la sesión de percusión hubo un ligero cambio en el límite izquierdo que consistió en descender como un centímetro, continuando la punta en su sitio; en el límite derecho hubo una aproximación hacia la línea media de la parte alta de ese límite como de medio centímetro.

Diciembre 29.—Enero 3.—Enero 5.—4ª, 5ª y 6ª sesiones.—Los resultados de ellas fueron idénticos a la anterior.

Enero 6.—La enferma está muy aliviada, la anasarca ya desapareció, la cianosis corrió casi la misma suerte, la punta late a 13 ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal y la parte inferior del límite derecho está a 4 ctms. de la línea media; el pulso se hizo más fuerte, aunque continuó siendo arritmico; la tensión arterial medida con el aparato citado es de 125 m.m.

Séptima observación.

PA BELLÓN 12.—CAMA 5.—DICIEMBRE 28 DE 1911.

Filemón Caballero.—De 12 años, acarrea chapapote en un pozo de petróleo.

El padre tuvo un padecimiento que le causó edema en los pies; la madre y los hermanos son sanos.

Hace algunos años padeció de viruela, de sarampión y de escarlatina.

Hace 6 meses vivió en Tuxpam (Veracruz) donde sufrió un mal febril unos cuantos días y entonces le empezaron edemas en los pies, que a los 8 días habían invadido la cara, eran pálidos, indoloros. El abdomen comenzó a aumentarle de volumen. Ha tenido en todo este tiempo como 8 epistaxis abundantes, palpitaciones con el esfuerzo y en el reposo, y sofocación.

La orina está normal.

Tiene el enfermo dos evacuaciones diarreicas, amarillas, en 24 horas.

Tiene tos con flemas blancas.

Está el paciente pálido, con anasarca ligera. En la región precordial existe un choque difuso y estremecimiento catario; la punta late a 10½ ctms. de la línea media en la sexta costilla; existe un soplo holosistólico apexiano con propagación a toda la región. El pulso es de intensidad normal, igual, rítmico, de 94 por minuto.

El abdomen mide 73 ctms. a la altura del ombligo, por presencia de líquido en su interior.

En el aparato respiratorio hay estertores subcrepitantes medianos y escasos.

La orina mide 700 c. c. en 24 horas; tiene de cloruros 3.50 y de urea 9.80 en 24 horas y de albúmina 1 gr.

Diciembre 28, enero 5.—En estas fechas se hicieron sesiones de percusión sin que se provocara reflejo cardíaco en ninguna de ellas.

Octava observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 18.—DICIEMBRE 11 DE 1911.

Francisca Acosta, obrera en una fábrica de corchos, toma como un litro de pulque en el día; la madre es cardíaca; el padre sufre de una bronquitis crónica; la enferma sufrió en su niñez varioloide, escarlatina, una fiebre que le duró 15 días y desde hace 6 años un reuma crónico con exacerbaciones.

Hace 2 años comenzó a tener sofocación tanto en el reposo como con el esfuerzo; palpitaciones sobre todo con el último y poco menos en el decúbito dorsal; ha tenido hemoptisis raras veces, las primeras escasas y la última como de medio litro; desde el principio han existido también edemas en los pies y en los párpados; recientemente ha sentido desvanecimientos y ligero dolor en la región precordial.

Ha tenido tos con dolor en el tórax y expectora flemas blancas unas y otras amarillas.

Lo orina es emitida con ardor, es escasa y de color subido.

Prefiere la enferma estar sentada que en decúbito. Ella es de mediana constitución, tiene los labios un poco violados. No tiene edemas.

En la región precordial se ve un choque difuso; por la palpación se aprecia un ligero estremecimiento catario; la punta late a 15 ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; por la auscultación se encuentra un soplo presistólico y y sistólico que se propaga para la base; el segundo ruido está duplicado. El pulso es de mediana intensidad, igual, rítmico, de 92 por minuto. La tensión arterial tomada con el esfigmomanómetro de Riva Rocci-Cook es de 96 m.m.

Nada de particular existe en los demás aparatos.

El volumen de la orina es de 600 c.c. en 24 horas; en ese mismo tiempo hay: de urea 3 grs. y de cloruros 1.98. No hay albúmina.

Diciembre 13 y 15.—1ª y 2ª sesiones.—Sin resultado.

Diciembre 23.—3ª sesión.—Después de ella se acercó la punta un centímetro a la línea media.

Diciembre 29, y enero 3.—4ª y 5ª sesiones.—Resultados dudosos.

En vista de que la enferma tiene taquicardia y su pulso se debilita, se abandona la observación.

Novena observación.

PABELLÓN 12.—CAMA 23.—ENERO 10 DE 1912.

Vicente Gonzáles, de 29 años, albañil y carrero; toma dos litros de pulque y como 60 c.c. de alcohol; fuma 20 cigarros en 24 horas.

Ignora sus antecedentes hereditarios. Hace ocho años padeció reuma agudo articular.

Hace dos años empezó su padecimiento actual con edemas en los pies que avanzaron hasta la cara y las manos; poco tiempo después aumentó el volumen del abdomen adquiriendo grandes proporciones, que en la actualidad han disminuido; ha tenido palpitaciones casi constantemente, con exacerbaciones, que en la actualidad son moderadas; se le han presentado

epistaxis ligeras y pocas veces; tiene el enfermo desvanecimientos cuando anda o está de pie.

Existe tos húmeda, las flemas han sido sangrientas repetidas veces, actualmente son verdosas.

Ha tenido vómitos de alimentos y con sangre en varias veces, tiene actualmente de los primeros; ha tenido cortos períodos de evacuaciones líquidas, verdes ó amarillas: 6 á 8 en 24 horas, y de las que sufre en la actualidad.

La orina tiene caracteres normales.

En la región precordial existe muy ostensible el estremecimiento catario en gran parte de ella se oye un soplo holosistólico apexiano con propagación hacia la axila y á toda la región precordial; la punta late a 16½ cmts. de la línea media en la séptima costilla y termina a la derecha, la propia región, a 5½ cmts. en el mismo plano que la punta. La arteria es blanda; el pulso fuerte, rítmico, igual y la tensión arterial, medida con el esfigmomanómetro citado, es de 80 m.m.

Hay raros estertores subcrepitantes en todo el dorso.

El abdomen mide 90 cmts. de circunferencia a la altura del ombligo.

La orina es de 1000 c. c. en 24 horas; tiene de urea 14 gr. y de cloruros 4 en el mismo plazo; no tiene albúmina.

Se hicieron sesiones los días: 10, 13, 15, 17, 19, 22, 25 y 29 del mes de enero sin que se hubiera despertado reflejo ninguna vez ni se hubiera notado mejoría alguna.

Décima observación.

PABELLÓN 10—CAMA 6.—ENERO 13 DE 1912.

Hilario Tovar, de 84 años, herrero y sombrerero; toma un litro de pulque y fuma 12 cigarros en 24 horas. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Ha sufrido fiebres transitorias; alternativamente ha tenido diarrea y estreñimiento hace año y medio, algunas veces poca fiebre, cefalalgia y adolorimiento general. En un plazo más corto ha sentido desvanecimientos, zumbidos y palpitaciones con el esfuerzo. Tiene actualmente tos seca y escasa.

Su orina es normal, las micciones son 6 en el día y 4 en la noche.

Tiene una hemiparesia derecha.

Es un individuo demacrado, sin el ojo derecho; se confirma por la exploración física la hemiparesia.

La región precordial no ofrece algo de particular por la inspección ni por la palpación; la punta late a 11 cms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; por la auscultación se advierte un soplo holosistólico apexiano. Las arterias del enfermo están duras y flexuosas. El pulso es igual, fuerte, algo arrítmico y de 60 por minuto.

Enero 13, 15 y 18.—Se procuró despertar el reflejo en cada una de estas fechas y siempre fué nulo el resultado.

Undécima observación.

PABELLÓN 7.—CAMA 6.—ENERO 19 DE 1 12.

Urbano Hernández, de 20 años, caballerango y velador; toma 3 o 4 litros de pulque y fuma 30 cigarros en 24 horas, se embriaga con alcohol casi todos los días.

Ignora sus antecedentes hereditarios.

Padeció tifo hace 10 años y reuma en las articulaciones de los miembros inferiores hace un año.

Hace cuatro meses le empezaron edemas en la cara que se extendieron hasta los pies, constituyendo una anasarca moderada; desvanecimientos y sofocación que aparecen con el esfuerzo y aun en el reposo.

La orina es muy escasa, oscura y sedimentosa.

El enfermo tiene tos con la que expectora flemas amarillas, abundantes, la tos le provoca dolor en el tórax.

Tiene anorexia, ascitis; 7 evacuaciones diarreicas, amarillas y espumosas en 24 horas.

Se confirma por la exploración física la anasarca y se encuentra aumento de volumen del abdomen por ascitis.

En la región precordial no se ve ni se palpa algo anormal; la punta del corazón late a 13 cms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; en la punta se oye un soplo durante toda la sístole.

El pulso es rítmico, igual, de intensidad media y de 86 por minuto.

Los demás aparatos no tienen algo digno de notarse.

La orina mide 600 c.c. en 24 horas y contiene: de urea 15 grs. y de cloruros 4.50 en 24 horas; no hay albúmina.

Enero 19.—1ª sesión.—No hubo reflejo.

Enero 22.—2ª sesión.—Después de esta se aproximó la punta medio centímetro a la línea media.

Enero 24 y 26.—3ª y 4ª sesiones.—Se produjo el reflejo lo mismo que el día 22.

Enero 30.—5ª sesión.—No hubo reflejo; el pulso antes de ella era de 82 y después de 80.

Febrero 2.—6ª sesión.—Se presentó el reflejo como en las primeras; el pulso antes de esta era de 82 y después de 78.

Febrero 6.—7ª sesión.—No hubo reflejo; el pulso antes de ella fué de 86 y después de 80.

Febrero 8.—Se suspende la observación quedando el enfermo como antes de ella sin cambio de sitio en la punta del corazón.

Duodécima observación.

PABELLÓN 6.—CAMA 19.—ENERO 22 DE 1912.

José Raso, de 49 años, soldado, cantero y talabartero; toma dos litros de pulque y 60 c.c. de alcohol y fuma 30 cigarrillos en 24 horas. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Hace 16 años sufrió reuma articular agudo y hace 8, paludismo; 5 años antes de éste sufrió un golpe y desde entonces siente sofocación que hace 5 años aumentó, le aparecieron desvanecimientos con el esfuerzo, edemas]violados en los miembros inferiores y epistaxis escasas y raras. En veces los edemas se le han generalizado como sucede en la actualidad. Ultimamente los desvanecimientos se han hecho frecuentes; ha sentido palpitaciones en el epigastrio. En diferentes períodos ha tenido tos con flemas abundantes, verdes, amarillas, sin sangre, espumosas, la tos le ha provocado vómitos.

Tiene apetito, sed, disfagia dolorosa, eructos fétidos, pirosis;

diarrea en períodos de pocos días con evacuaciones amarillas.

La orina es emitida con ardor, es escasa y oscura.

El enfermo es robusto, tiene anasarca e ictericia. El abdomen mide a la altura del ombligo 98 cms., por ascitis; el área hepática mide en la línea mamaria 20 cms. y en la parester-nal 19.

Hay en el tórax estertores subcrepitantes diseminados.

Enero 22 y enero 25.—1ª y 2ª sesiones —No hubo reflejo.

Enero 31 —3ª sesión.—No hubo reflejo; pulso antes de ella 83 y después 82.

Febrero 2.—4ª sesión.—No hubo reflejo, pulso antes y después de ella 83. El abdomen mide 82 cms. a la altura del ombligo por reducción de la ascitis; el área hepática mide en la línea mamaria 14 cms.; la ictericia ha desaparecido lo mismo que los edemas. La orina ha aumentado a dos litros en 24 horas.

Décimatercera observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 7.—ENERO 20 DE 1912.

Juan Hidalgo, de 30 años, pintor; toma media botella de alcohol en 24 horas.

Con diagnóstico probable de hipertrofia cardíaca.

En la fecha indicada se intenta despertar el reflejo sin resultado positivo.

Décimacuarta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 22.—ENERO 22 DE 1912.

Nicasia Pérez, de 30 años, lavandera. Hace un mes tenía: anasarca, ascitis y un soplo holosistólico en la punta. En la actualidad los primeros síntomas han desaparecido; la punta late a 9½ cms. de la línea media en el quinto espacio intercostal. El pulso es débil igual, rítmico, de 92 por minuto. No hubo reflejo en esta fecha.

Enero 24.—2ª sesión.—No hubo reflejo.

Enero 26.—3ª sesión.—No hubo reflejo; pulsaciones antes de ella 92, después 88.

Enero 31.—1ª sesión.—No hubo reflejo; pulsaciones antes de ella 89, después 85.

Febrero 3.—5ª sesión.—No hubo reflejo; pulsaciones antes de ella 94, después 88.

Décimaquinta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 1.—ENERO 24 DE 1912.

María Correa, de 25 años. Llegó al Hospital el 20 de enero del mismo año, con ligero edema en los miembros inferiores; cianosis general. Tos con flemas medianamente abundantes y aumento del área hepática.

Enero 24.—1ª sesión.—Los edemas han desaparecido, la tos ha mejorado lo mismo que la cianosis. La punta del corazón late á 9½ cms. de la línea media en el quinto espacio intercostal; por la auscultación se encuentra un soplo holosistólico, principalmente apexiano. El pulso es rítmico, medianamente intenso, igual. No hubo reflejo.

Enero 26.—2ª sesión.—No hubo reflejo; pulso antes de ella 86, después 84.

Enero 30.—3ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de ella 93, después 91.

Febrero 3.—4ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de ella 92, después 93.

Décimasexta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 2.—ENERO 24 DE 1912.

Concepción Silva, de 45 años. Llegó el día 6 de enero con anasarca moderada y tos flemosa. En esta fecha los edemas han desaparecido y la tos ha mejorado. La punta late a 10½ cms. de la línea media en la sexta costilla; tiene un soplo holosistólico apexiano. El pulso es débil, rítmico e igual. Después de esta primera sesión se encontró la punta casi un centímetro más cerca de línea media (en esta observación sólo en este punto se buscó el reflejo).

Enero 26.—2ª sesión.—Se repitió el reflejo como la vez an-

terior; número de pulsaciones antes de ella 84, y después 85.

Enero 30.—3ª sesión.—No hubo reflejo: número de pulsaciones antes de ella 83 y después 78.

Febrero 3.—4ª sesión.—Hubo reflejo como las primeras veces; número de pulsaciones antes y después de esta, 80.

Febrero 7.—5ª sesión.—Se repitió el reflejo; número de pulsaciones antes de ella, 76 y después 74.

Febrero 12.—6ª sesión.—Se repitió el reflejo. Número de pulsaciones antes de ella 82 y después 84. La punta no cambió de sitio de manera constante.

Décimaséptima observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 14.—FEBRERO 1º DE 1912.

Simona Jiménez, de 37 años. En esta fecha tenía anasarca, cianosis de la cara, área hepática crecida. La punta del corazón late a 10 cms. de la línea media, en la sexta costilla; se oye un soplo holosistólico apexiano: el pulso es débil, rítmico, igual y de 106 por minuto. Existen estertores subcrepitantes diseminados. En esta fecha no hubo reflejo: número de pulsaciones antes, 106, después 102.

Febrero 6.—2ª sesión.—Se verifica ésta después de administrarle al enfermo 0.50 de digital en infusión, durante 3 días; 0.10 de esparteína durante 2 y haber pasado uno sin medicamento. No se presentó el reflejo; número de pulsaciones antes y después de la percusión 100.

Febrero 12.—3ª sesión.—No se presentó el reflejo; número de pulsaciones antes de ella 82 y después 86.

Décimaoctava observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 29. FEBRERO 2 DE 1912.

Clotilde Márquez, de 40 años; fuma 10 cigarros en 24 horas; ha tenido viruelas, sarampión y tabardillo en su juventud. El padre murió del corazón según certificado de un médico.

Hace 5 meses le empezaron edemas por los miembros infe-

riores, especialmente en el izquierdo. Ha tenido tos con flemas amarillas, abundantes, que en la actualidad han desaparecido.

La orina es escasa y oscura.

Los síntomas digestivos son: sensación de plenitud después de los alimentos y que casi constantemente tiene 3 evacuaciones diarreicas, amarillas, en 24 horas.

La enferma está pálida, con edemas en los miembros inferiores. No se advierte por la inspección ni por la palpación algo especial en la región precordial; la punta late a $10\frac{1}{2}$ ctms. de la línea media en la sexta costilla; se oye un soplo holosistólico en el centro de esa región. El pulso es débil, rítmico, igual y de 94 por minuto.

En esta fecha se hace la primera sesión sin despertar el reflejo; el número de pulsaciones antes de percutir fué de 94 y de 92 después.

Febrero 6.—2ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de ella 104 y 114 después.

Febrero 12.—3ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de percutir 110, después 105. La punta del corazón no cambió de sitio ni hubo mejoría en ningún síntoma.

Las siguientes observaciones se hicieron en individuos sanos del corazón.

Décimanovena observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 23.—FEBRERO 13 DE 1912.

Melquiades Monroy, de 23 años; con tuberculosis pulmonar y enteritis.

No se le despertó el reflejo cardíaco; número de pulsaciones antes de percutir 112 y después 114.

Vigésima observación.

PABELLÓN 5. — CAMA 3. — FEBRERO 13 DE 1912.

Marcos Dávila, de 26 años, con un traumatismo en la médula dorsal.

No se le provocó el reflejo cardíaco; el número de pulsaciones antes de percutir fué de 78 y de 90 después.

Vigésimaprimera observación.

PABELLÓN 6.—CAMA 17.—FEBRERO 14 DE 1912.

Alberto Herrera, de 23 años, convaleciente de paludismo. Se provoca un reflejo muy ostensible por el cual la punta del corazón se aproxima a la línea media como centímetro y medio; el número de pulsaciones antes de esta sesión fué de 60 y de 63 después.

El día 16 se repite el fenómeno enteramente igual.

Vigésimasegunda observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 13.—FEBRERO 17 DE 1912.

Manuel Gómez, de 48 años, con fenómenos nerviosos, tal vez por polineuritis. Se presenta el reflejo cardíaco por el cual la punta del corazón se acercó a la línea media como un centímetro.

Vigésimatercera observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 6.—FEBRERO 17 DE 1912.

J. Trinidad Salazar, de 50 años, con enteritis alcohólica. No presentó reflejo cardíaco; número de pulsaciones antes de percibir 100 y 88 después.

Vigésimacuarta observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 27.—FEBRERO 11 DE 1912.

J. Natividad Solís, de 28 años, alcohólico, con enteritis. No presentó reflejo cardíaco; número de pulsaciones antes de percibir 96 y después 100.

G. E. CALONA.

DICTAMEN que tiene la honra de presentar ante la H. Academia N. de Medicina, la Comisión nombrada para el efecto, con motivo de la Memoria enviada por el Sr. Dr. Genaro Escalona, para optar a la plaza vacante en la Sección de Psiquiatría y Enfermedades Nerviosas.

SEÑORES ACADÉMICOS:

La Memoria en cuestión se titula: "Percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y el reflejo cardíaco." Consta de 36 páginas, de las cuales, en las siete primeras se relatan las opiniones de Abrahms, tomadas de su obra "Spondilotherapy;" de la séptima a la décima tercera, el autor entra en la parte propiamente doctrinal, y de la décima tercera a la última, presenta 24 observaciones, en las que ha buscado el reflejo que se traduce por una disminución del área precordial, concomitante de la reducción del miocardio.

En verdad que por lo que toca a las ideas del Dr. Abrahms, la Comisión cree que el asunto es de lo más dudoso en teoría y con poco o ningún resultado práctico. Dudoso, porque no sólo la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical puede provocar el fenómeno, sino también la irritación de otras regiones como algunas mucosas de los aparatos respiratorio y digestivo, o por la percusión de los músculos, y porque en la de la séptima cervical no es constante, sino por el contrario, completamente variable. Su provecho es exiguo, pues dada su inconstancia, tienen que ser vacilantes el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, de las enfermedades cardíacas, que es en las que se busca. Pero hay esto más, la Comisión señala la incongruencia de datos anatómicos, que son el punto de partida de Abrahms. Así, afirma este médico, que la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y el tercer par dorsal, se hayan en un mismo plano horizontal, y que, en consecuencia, al percutir aquella, son las raíces de este par las irritadas. Aparte de que en ningún par las raíces salen al mismo nivel de donde nacen, sino siguen un trayecto descendente, para después emerger

más bajo por los agujeros de conjugación, la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical no está al nivel del tercer par dorsal, sino del segundo.—Véase “Anatomía Topográfica.”—Tillaux.—Páginas 393 y 394. El tercer par dorsal corresponde al espacio comprendido entre la espina de la primera dorsal y la mitad de la distancia entre ésta y la de la segunda. Huelgan en consecuencia las hipótesis que se hagan para formar el arco diafático, según la distribución del nervio intercostal correspondiente al tercer dorsal, pues deben ser las del segundo.—Véase “Anatomía Descriptiva: Sappey.—Tomo III.—Página 416.” Del segundo no va ninguno a la piel de la región precordial, es decir, “de sus dos filamentos no se dirijen uno hacia adelante y otro atrás sino los dos afuera, hacia la pared externa del hueco de la axila sobre la cual se anastomosan con el accesorio del braquial cutáneo-interno. Filamentos que descienden en seguida por delante del tendón del gran dorsal, después se ramifican en la piel de las partes interna y posterior del brazo, sobre la cual se les puede seguir hasta la inmediación del codo.”

Pasando ahora a las observaciones del Sr. Dr. Escalona: de las 24, 18 fueron hechas en personas con lesiones cardíacas y 6 en individuos sanos del corazón. En extensión, puede notarse que la documentación no es tan abundante en las últimas como en las primeras, y aún que no en todas ellas hace mención de la supresión o no administración de medicamentos cardíacos, como se propone el escritor en el cuerpo de su trabajo. Quizá las observaciones número veinte y veintidós no fueron atinadas en el escogimiento de los casos, pues en una se trata de un medular y en la otra de un probable polineurítico.

Hace bien el Sr. Dr. Escalona en no hacerse solidario, como lo dice en su exordio, de las ideas de Abrahms, pues los resultados obtenidos en sus veinticuatro observaciones, marcan la irregularidad del supuesto reflejo.

La Comisión dictaminadora hubiese deseado que, siendo la plaza vacante de Psiquiatría y enfermedades nerviosas, el solicitante se hubiera fijado de preferencia en uno u otro de estos dos ramos de la sección, y no en el que escogió, pues pertenece mas bien a Patología y Clínica Internas, y aún cuando se dirá que las enfermedades del sistema nervioso son un capítulo de ellas, y a su vez el estudio de los reflejos anormales, otro de Neuropa-

tología, los enfermos estudiados fueron cardíacos en su mayoría, pues sólo seis para establecer el método de doble concordancia, no lo fueron. Análoga consideración hay que hacer en lo tocante a Psiquiatría, cuyo amplísimo campo, podía haber fijado la atención del solicitante.

*
* *

Demasiado conocidos son de los Señores Académicos los antecedentes del Sr. Dr. Escalona, para que los suscritos insistan sobre el particular. Al Sr. Dr. Escalona lo abonan su laboriosidad y dedicación; su moralidad y honorabilidad siempre comprobadas, y su amor por el estudio. Por tales razones, la Comisión formula ante la respetable Asamblea, las siguientes conclusiones:

I. Admitase al Sr. Dr. Don Genaro Escalona, como miembro de la Academia Nacional de Medicina.

II. Publíquese en el órgano de la Sociedad "La Gaceta Médica" su trabajo de ingreso, acompañado del presente dictamen.
México, abril 10 de 1912.

ANTONIO A. LOAEZA.

F. BULMAN.

ENRIQUE O. ARAGON,
Relator.

ACTA NUMERO 30.

Sesión del día 1º de Mayo de 1912.

El Dr. Chacón leyó su trabajo de turno, intitulado: "Sobre la notación de los meridianos del astigmatismo." Este trabajo fué clasificado y puesto a discusión, sin que ninguno de los presentes hiciera uso de la palabra.

El Dr. Armendaris dió lectura al elogio de su antecesor en la Academia, el Sr. Dr. Don Fernando Altamirano, cumpliendo el precepto reglamentario respectivo.

EMILIO DEL RASO.
Primer Secretario.