

---

---

## ESTUDIOS FUNDAMENTALES DE CARDÍOCLINICA

---

---

### VI. CHOQUE CARDIACO

1. Contemplando la región precordial de una persona puesta de pie, se suele advertir el llamado latido o choque del corazón en el quinto espacio intercostal izquierdo, por dentro de la línea mamilar o medio clavicular. De extensión del perímetro de una peseta, es más perceptible en la fase espirativa, porque entonces se acerca al órgano la pared del pecho y también porque aquél queda más al descubierto al retraerse el borde pulmonar. Falta a menudo el choque cardíaco en los gordos, no tanto porque la grasa subcutánea o la masa voluminosa lo oculten, como porque la plenitud ventral empuja a) diafragma y la punta cardíaca se dirige hacia afuera y arriba, quedando detrás de la quinta costilla. En niños de tierna edad, por la condición ventruda En el cuarto espacio intercostal, sobre la línea mamilar. También se disloca algo el choque en la sedentación y puede desaparecer en el decúbito supino; ir. cambio, en el lateral izquierdo puede el choque ser más ex.-

tense y dislocarse hacia la línea mamilar, y en el decúbito derecho desaparecer detrás del esternón, variaciones que son muy notables en algunas personas sanas (**movilidad** pasiva del corazón). Examinando con detenimiento el choque cardíaco con iluminación algo oblicua (la persona estará de pie frente a la luz), se advierte muy bien, en individuos delgados, que el choque no consiste en una simple propulsión del corazón en un movimiento ondula-ono que se inicia a la izquierda, se transmite rápidamente hacia la derecha, seguido por tira línea vertical de la sombra (análoga al fenómenos respiratorio del diafragma y producido también, probablemente, por izquierdo en el seno complementario) ; se detiene un instante la ^ondulación en el lugar de su límite y retrocede después al de partida. Estas tres fases, bien apreciables si el trabajo es lento, deben corresponder a la distensión sistólica, de expulsión y de relajación ventricular.

Los fisiólogos modernos explican el choque sistólico porque la masa de los ventrículos,

encajada en el ángulo entrante formado por la cúpula diafragmática y la pared del pecho, se torna más globulosa al contraerse (su sección elíptica en el descanso es en el trabajo más circular); además, se produce entonces una prominencia carnosa (que ya Haller había notado), que es la que choca, un poco por dentro de la punta; y por fin, todo el órgano experimenta un movimiento de torsión hacia la derecha, fenómenos que justifican el parecer de Harvey, cuando afirmaba que el choque depende de que los ventrículos se enderezcan y apoyan su punta en el pecho en su esfuerzo expulsor de la sangre.— También en la punta, puede verse en condiciones normales un latido epigástrico circunscrito a la parte izquierda del scrobiculum cordis, junto al reborde costal, en personas no cardiopatas, pero flacas, con el epigastrio deprimido (ptosis gástrica). Este latido epigástrico) no es isócrono en

su prominencia, sino en su retracción, con el de la punta, pues depende de que durante la sístole cardíaca (miocardias) asciende momentáneamente el diafragma (Mackenzie). En el latido epigástrico patológico el sacudimiento o trepidación cardiosistólica conmueve toda la zona supraumbilical; pero a veces también depende de dilataciones aneurismáticas de la aorta en el abdomen o de la existencia de una tumoración que sobre aquel vaso transmite los latidos.

En las retracciones del borde anterior del pulmón izquierdo, pueden verse ondulaciones pulsátiles cardiosistólicas en el cuarto, tercero y segundo espacios intercostales cerca del esternón (aumento de la subparietalidad cardíaca) y aun puede palpase el choque de cierre, de las sigmoideas pulmonares y acaso sentirse el pulso de] esta arteria en el segundo espacio izquierdo, a tres o cuatro

centímetros del borde esternal.

El choque cardíaco puede coincidir con una retracción, en vez de elevación, del lugar pulsátil, cuando el borde pulmonar no ocupa rápidamente (por su infiltración o adherencias) el espacio que deja libre el corazón al contraerse; pero si las retracciones cardiosistólicas son enérgicas y extensas, se a preciso admitir que existen adherencias fibrosas cardiopericardíacas, que incluso pueden ser seguidas de un choque diastólico. El filósofo Descartes creía que el corazón latía en la diástole. En estos casos quizá está prominente la región cardíaca (voussure), fenómeno que tampoco es rareza en los niños que tienen un corazón voluminoso. Por lo demás, la comba precordial es mucho más común como estigma raquíptico cuando no coincide con la fisiocoeliosis.

Los cambios de presión en una de las cavidades del hemitórax dislocan el corazón y el choque. Así, en las pleuritis y

neumotórax izquierdo, el corazón se dirige hacia la derecha (por retracción no contrarrestada del pulmón de aquel nombre y a veces también por presión del lado enfermo). En este caso, el órgano cardíaco tiende a ocultarse tras del esternón y hasta puede latir a su derecha; pero si la afección pleural es de este lado, el choque se verá y palpará en extensión excesiva más allá de la línea mamilar izquierda, simulando a primera vista una cardiopatía. (Jamás se prescindirá de examinar todo el pecho de los cardíacos).

El pulmón izquierdo dilatado o enfisematoso puede ocultar completamente el choque cardíaco, incluso cuando el corazón es muy voluminoso; pero, en este caso, es mucho más común que el corazón dilatado empuje al borde pulmonar izquierdo y entonces, no late ya sólo la punta cardíaca, sino toda una superficie que se extiende a dos o más espacios intercostales, por ejemplo; al quinto, sexto y

séptimo en la insuficiencia valvular aórtica bien manifiesta.

La palpación del choque cardíaco debe realizarse aplicando transversalmente sobre el pecho la palma de la mano derecha, cuyo centro coincidirá más o menos con la punta del corazón, mientras que los extremos digitales se dirigirán hacia la axila. Palpando de esta suerte, se advertirá si la energía del choque es normal, si es excesiva, trepidante o si es impulsiva, a la vez que nos daremos cuenta de la extensión de la parte que pulsa (verbigracia, choque en cúpula de la insuficiencia aórtica). Tienen estos detalles el mayor interés. Son, motivos provocadores de estos cambios las hipertrofias dilatadoras ventriculares que coinciden con daño de las válvulas o las más puras de los hipertónicos y aun de los deportistas. Pero, la apreciación de la energía ventricular por la palpación del choque, puede ser equívoca, pues un corazón dilatado por la fatiga podrá simular al tacto de un trabajo violento, como otras veces en que es in-

tangible el choque o apenas advierte, podrá ser suficiente intensidad del trabajo.

El estreñimiento o fremitus catario, señalado por Corvisat es de gran interés. Coincide siempre con ruidos al auscultar y es expresión de la energía del carácter peculiar de los mismos. El fremitus limitado a la zona de la punta es significativo de estrechez mitral (primero se siente el estremecimiento y después el latido). También se siente un frémito muy intenso (sistólico o sistólicodiastólico) en muchas lesiones congénitas. Es menos común el sistólico de la insuficiencia mitral y el diastólico de la aórtica. En la estrechez del orificio de en nombre se siente el estremecimiento sobre la parte al esternón y de los primeros espacios intercostales derechos (en otros casos es señal de bolsas aneurismáticas en contad con el pecho).

Por fin, análogamente que ciertos roces pleurales, puede el tacto descubrir (en raros casos) los pericardíacos'.