

DOCUMENTOS EXTRANJEROS:

DE LA AUSCULTACION MEDIATA

R. T. J. LAENNEC

Introducción

De todas las enfermedades locales, las afecciones de los órganos contenidos en la cavidad torácica son, sin discusión, las más frecuentes; su peligro no puede compararse mas que al de las alteraciones orgánicas del cerebro y, aunque ordinariamente menos patente es igual de grave. El corazón y el pulmón forman con el cerebro, según la ingeniosa expresión de Bordeu, el trípode de la vida, y ninguna de estas vísceras puede estar alterada con cierta intensidad o extensión sin que haya peligro de muerte.

Los movimientos continuos de las vísceras torácicas y la delicadeza de su organización explican la frecuencia y la gravedad de sus alteraciones; por eso no hay ningún tejido en la economía animal cuya inflamación idiopática y primitiva llegue a ser, tan a menudo como la del pulmonar, una causa de enfermedad seria o de muerte; ninguno está tan expuesto a ser el asiento de procesos accidentales de toda especie y particularmente del más frecuente de todos: la tuberculosis. El corazón, aunque de estructura más robusta, está expuesto igualmente a muy variadas alteraciones, algunas de las cuales son, ciertamente, bastante raras; pero otras no lo son en modo alguno: la hipertrofia, así como la dilatación de este órgano, se cuentan, sobre todo, entre las enfermedades más frecuentes.

Como complicación o efecto de una causa general que ejerce su influencia sobre varios órganos a la vez, las afecciones torácicas ocupan todavía el primer lugar, ya sea en lo relativo a la gravedad o a la frecuencia. En las fiebres esenciales, por ejemplo, un ligero grado de neumonía, un aflujo sanguíneo hacia el pulmón, un catarro que obstruye con mucosidades las ramificaciones bronquiales, congestiona e inflama su membrana interna, son afecciones locales tan constantes por lo menos como las congestiones, las inflamaciones o las ulceraciones de la mucosa intestinal, en las

que muchos autores antiguos y modernos han creído encontrar la causa de estas enfermedades.

Se puede decir igualmente que en toda clase de enfermedades, cualquiera que sea su asiento, la muerte no llega casi nunca sin que los órganos torácicos sean afectados de alguna manera, y que, con mucha frecuencia, el peligro de muerte no comienza más que en el momento en que se acusan los signos de una obstrucción pulmonar, de un derrame seroso en las pleuras o de un gran trastorno en la circulación. El cerebro no se afecta ordinariamente más que después de estos órganos, y, a menudo, permanece en el más perfecto estado de integridad hasta el último instante de la vida.

Por peligrosas que sean las enfermedades del pecho son, sin embargo, curables con más frecuencia que ninguna otra enfermedad interna grave, y por este doble motivo los médicos de todas las épocas han debido buscar signos apropiados para reconocerlas y distinguirlos entre sí. Sus esfuerzos hasta estos últimos tiempos han ido acompañados de poca suerte, y así debía ser, porque se conformaban con los signos que pueden dar la inspección y el estudio del trastorno de las funciones. Con sólo estos datos el diagnóstico de las enfermedades del pecho debía ser, como lo reconocía Baglivio, incomparablemente más oscuro que el de las afecciones de cualquier otro órgano interno. En efecto, las enfermedades orgánicas del cerebro, poco numerosas, se reconocen, en general, por sus síntomas llamativos y poco variables; las paredes blandas y flexibles del abdomen permiten palpar los órganos que encierra y juzgar sobre su volumen, su funcionamiento, su grado de sensibilidad y, a menudo, sobre las alteraciones accidentales que se puedan haber desarrollado. Por el contrario, las enfermedades de los órganos torácicos, extremadamente numerosas y muy diversas casi todas, tienen síntomas semejantes. La tos, la disnea y, en algunas, la expectoración, son los principales y las más salientes; y las variedades que presentan estos síntomas no corresponden, ni mucho menos, de una manera constante a diferencias en las alteraciones orgánicas que los ocasionan. Por ello, resulta imposible la mayoría de las veces, aun para el médico más hábil, cuando no tiene otros medios para el reconocimiento de estas enfermedades que la exploración del pulso y el examen de los síntomas, el reconocer incluso aquellas que son más frecuentes y mejor conocidas. No temo ser desmentido por los médicos que han hecho autopsias de cadáveres con orden y durante cierto tiempo en que, antes de progresar el descubrimiento de Avenbrugger,

(sic), la mitad de las neumonías y las pleuresías agudas y casi todas las pleuresías crónicas debían pasar necesariamente inadvertidas y en que, incluso en los casos en que el tino del médico experimentado podía hacerle suponer algo semejante, rara vez le podía inspirar bastante confianza para decidirle a emplear un remedio heroico.

La percusión del pecho, según el método del ingenioso observador que acabo de citar, es, sin discusión, uno de los descubrimientos más preciosos con que jamás se ha enriquecido la medicina. Con él ha sometido al juicio inmediato de los sentidos muchas enfermedades que no se reconocían hasta entonces mas que por síntomas generales y equívocos, y ha hecho más fácil y más seguro el diagnóstico. Sin embargo, no se puede negar que este método de exploración deja todavía mucho que desear. Limitado a la indicación de la plenitud o de la vacuidad, no puede aplicarse más que a cierto número de lesiones orgánicas; permite confundir algunas muy diferentes en su naturaleza; su asiento no indica nada casi nunca, mas que en casos extremos, y no puede hacer sospechar las enfermedades en su comienzo. Sobre todo, en las enfermedades del corazón se hace desear con frecuencia un signo más constante y seguro que los que proporciona la percusión. Los síntomas generales de estas enfermedades son comunes a otras muchas afecciones orgánicas o nerviosas. La aplicación de la mano da algunos indicios por la extensión, la fuerza y el ritmo regular o anómalo de los latidos del corazón; pero estos latidos rara vez son muy claros, y la obesidad, así como la infiltración, los hacen muy oscuros o incluso completamente imperceptibles.

Desde hace pocos años algunos médicos han ensayado en estos casos la aplicación del oído en la región precordial. Los latidos del corazón apreciados así por el sentido del oído y del tacto a la vez se hacen mucho más sensibles. Este método está, sin embargo, lejos de dar los resultados que parecía prometer. No lo he visto indicado en ninguna parte, y fue Bayle el primero a quien se lo vi emplear cuando asistíamos juntos a la clínica de Corvisart. Este profesor no lo usaba nunca; únicamente decía haber oído muchas veces los latidos del corazón escuchando muy cerca del tórax, y veremos en otra parte que este fenómeno difiere del de la auscultación propiamente dicha y no puede tener lugar mas que en algunos casos particulares. Por lo demás, ni Bayle ni tampoco ninguno de los antiguos condiscipulos a quienes he visto emplear algunas veces la auscultación inmediata (de la que, como yo, conocían probablemente la tradición, cuya primera idea se remonta

a Hipócrates) habían podido sacar, como tampoco yo, otro provecho que el de oír con más fuerza los latidos del corazón en los casos en que no se les distingue fácilmente con la mano, y ello puede, sin duda, inducir a error por diversas razones, que serán expuestas cada una en su lugar. Tan incómodo, por lo demás, para el médico como para el enfermo, la misma repugnancia le hace casi impracticable en los hospitales; apenas es posible proponerlo a la mayor parte de las mujeres, y aun en las que lo fuese, el volumen de las mamas es un obstáculo físico para poderlo emplear.

Por estos diversos motivos no se puede usar este medio más que muy rara vez, y, por consiguiente, no puede obtenerse ningún dato útil y aplicable a la práctica, pues no se llega en medicina a semejante resultado mas que por observaciones numerosas y muy próximas para poder establecer fácilmente entre los hechos las comparaciones apropiadas para reducirlos a su justo valor y discernir la verdad en medio de los errores que nacen continuamente de la inexperiencia del observador, de la desigualdad cotidiana de su aptitud, de la ilusión de sus sentidos y de las dificultades inherentes al método de exploración que emplee.

Las observaciones hechas de tarde en tarde no superaron nunca semejantes obstáculos. Sin embargo, a falta de un medio más seguro, yo tenía hace mucho tiempo la costumbre de emplear el método de que acabo de hablar cuando, en un caso obscuro, era practicable. Y esto fue lo que me puso en camino de poder encontrar uno mejor.

En 1816 fui consultado por una joven que presentaba síntomas generales de enfermedad del corazón y en la cual la aplicación de la mano y la percusión daban poco resultado, por razón de su obesidad. Al vedarme la edad y el sexo de la enferma la clase de examen de que acabo de hablar, recordé un fenómeno de acústica muy conocido: si se aplica el oído en el extremo de una viga se oye muy claramente un alfilerazo dado en el otro extremo. Pensé que se podría sacar provecho de esta propiedad de los cuerpos en aquel caso. Tomé un cuaderno de papel e hice un rollo fuertemente apretado, del que apliqué un extremo en la región precordial, y colocando el oído en el otro extremo quedé tan sorprendido como satisfecho de oír los latidos del corazón de un modo mucho más neto y claro de lo que jamás lo había hecho por la aplicación inmediata del oído.

Sospeché desde entonces que este medio podía convertirse en un método útil y aplicable no solamente al estudio de los latidos

del corazón, sino también al de todos los movimientos que pueden producir ruido en la cavidad del pecho y, por consiguiente, a la exploración de la respiración, de la voz, del estertor y posiblemente incluso de la fluctuación de un líquido derramado en las pleuras o en el pericardio.

Con esta convicción comencé en seguida, en el Hospital Necker, una serie de observaciones que me han proporcionado como resultado signos nuevos, seguros, fáciles de interpretar en su mayoría y apropiados para hacer el diagnóstico en casi todas las enfermedades de los pulmones, de las pleuras y del corazón, más seguro y más adecuado quizá que los diagnósticos quirúrgicos establecidos por medio de la sonda o de la introducción del dedo.

Dividiré mi trabajo en tres partes: la primera comprenderá la exposición de los diversos medios de exploración mediante los cuales puede llegarse a conocer las enfermedades de los órganos respiratorios; la segunda contendrá la descripción de las enfermedades de los pulmones, y la tercera, la de las enfermedades del corazón.

Antes de entrar en materia debo dar a conocer los ensayos casi completamente infructuosos que hice para perfeccionar el instrumento de que me sirvo, tanto en lo concerniente a la forma como a la materia, a fin de que si alguno quiere intentar lo mismo siga otro camino.

El primer instrumento de que hice uso era un cilindro o rollo de papel de dieciséis líneas de diámetro y de un pie de longitud formado por tres cuadernos de papel pegado, fuertemente apretado, mantenido por papel engomado y limado en sus dos extremos. Por apretado que esté semejante rollo queda siempre en el centro un conducto de tres o cuatro líneas de diámetro, debido a que los cuadernos que lo componen no pueden arrollarse completamente sobre sí mismos. Esta circunstancia fortuita me ha dado ocasión, como se verá, de hacer una observación importante: este conducto es indispensable para la exploración de la voz. Un cuerpo totalmente macizo es el mejor instrumento de que uno puede servirse para la exploración del corazón. En rigor, bastaría para la de la respiración y el estertor; sin embargo, estos dos últimos fenómenos dan más intensidad de sonidos mediante un cilindro de alrededor de pulgada y media, perforado y ensanchado desde un extremo hasta la profundidad.

Los cuerpos más densos no son, como la analogía podría hacer pensar, los más apropiados para hacer estos instrumentos. El vidrio y los metales, a más de su peso y la sensación de frío que

producen en invierno, transmiten peor que otros cuerpos menos densos los latidos del corazón y las sensaciones que producen la respiración y el estertor. Desde esta observación, que al principio me pareció singular, he querido ensayar los cuerpos menos densos, y he mandado hacer, en consecuencia, un cilindro de tripa en forma de tubo, que se llena de aire por medio de una llave y cuyo conducto central es sostenido por un tubo de cartón. Este cilindro es inferior a todos los demás; da la intensidad menor de sonido y tiene, además, el inconveniente de aplastarse al cabo de unos minutos, sobre todo cuando el aire es frío; da, además, con mayor facilidad que ningún otro, un ruido diferente de aquel que se explora por la crepitación de sus paredes y por el roce con los vestidos del enfermo o con la mano del observador.

Los cuerpos de mediana densidad, como el papel, las maderas ligeras, el junco de caña, son los que constantemente me han parecido preferibles a todos los demás. Este resultado está quizá en contradicción con un axioma de física, pero me parece totalmente constante.

En resumen, yo me valgo actualmente de un cilindro de madera de dieciséis líneas de diámetro, de un pie de largo, perforado en su centro por un conducto de tres líneas de diámetro y partido por la mitad mediante una espiga recubierta de hilo, redondeada en su extremidad, y de una pulgada y media de longitud. Las dos piezas de que consta están ensanchadas en su extremo hasta una pulgada y media de profundidad, de tal manera que uno puede recibir exactamente la espiga y el otro un obturador de igual forma. El cilindro así dispuesto es el instrumento conveniente para la exploración de la respiración y del estertor. Se convierte en un simple tubo de paredes gruesas para la exploración de la voz y los latidos del corazón, introduciendo en el embudo o pabellón de la pieza inferior la contera u obturador, que se fija por medio de un tubo de cobre que la atraviesa y entra en la abertura del cilindro hasta determinada profundidad. Al principio, no había creído necesario dar un nombre a tan sencillo instrumento; otros opinaron al contrario, y lo he oído designar por diversos nombres, todos impropios y a veces bárbaros, entre otros, por los de sonómetro, pectoriloque, thoraciloque, cornet médical, etc. Le he dado, en consecuencia, el nombre de estetoscopio (stéthoscope), que me parece expresa mejor su principal uso. Por lo demás, puede, como veremos aplicarse a otros fines que el de la exploración del pecho.

Las dimensiones que acabo de indicar no son totalmente

indiferentes; un diámetro mayor no permite aplicar siempre exactamente el cilindro en todos los puntos del pecho; más largo, hace difícil mantener el instrumento en este estado de aplicación exacta; más pequeño, sería difícil de aplicar en el vértice de la axila, expondría al médico a respirar, por excesiva proximidad, el aliento del enfermo, obligaría a menudo a adoptar una posición incómoda, y esto debe evitarse sobre todas las cosas si se quiere observar exactamente. En el único caso en que un instrumento más corto resulta útil es cuando el enfermo se encuentra en su cama o en su sillón cuyo respaldo está muy cerca de su dorso. La división del cilindro en dos piezas permite, en este caso, no utilizar más que la pieza superior y adaptar el obturador si es necesario.

Tendré cuidado, al hablar de cada clase de exploración, de indicar las posiciones que la experiencia me ha enseñado son más favorables para la observación y menos fatigosas para el médico y para el enfermo. Baste decir aquí que en todos los casos, el cilindro debe sostenerse como una pluma de escribir y que hay que colocar la mano muy cerca del tórax del enfermo, a fin de poder asegurarse de que el instrumento está bien aplicado.

La extremidad del cilindro destinada a ser aplicada sobre el pecho del enfermo, es decir, la que está formada por el embudo u obturador, debe ser ligerísimamente cóncava; está así menos expuesta a oscilaciones, y esa concavidad, que la piel rellena fácilmente, no forma nunca vacío, incluso en los puntos más planos del pecho.

Cuando un adelgazamiento excesivo ha destruido los músculos pectorales hasta el punto de dejar entre las costillas canales bastante profundos para que la extremidad del cilindro no pueda apoyar toda su superficie, se pueden rellenar estos espacios con hilas o con algodón recubierto por un paño; pero esta precaución rara vez es necesaria.

He hecho sufrir al cilindro otras varias modificaciones y he realizado ensayos con instrumentos de forma diferente; más no pudiendo ser general su empleo, solamente hablaré de ellos en su lugar correspondiente.

Algunos de los signos que se obtienen por la auscultación mediata son muy fáciles de interpretar, y basta haberlos oído una vez para reconocerlos siempre, tales son los que producen las úlceras pulmonares, la hipertrofia cardíaca de grado elevado, la comunicación fistular entre la pleura y los bronquios, etcétera. Pero hay otros que requieren más estudio y hábito, y siendo así que este método de exploración lleva la precisión del diagnóstico

mucho más lejos que los otros hay que esforzarse más para sacar de él todo el provecho posible.

Por lo demás, la auscultación mediata no debe hacer olvidar el método de Avenbrugger; por el contrario, le da una importancia completamente nueva y extiende su uso a muchas enfermedades en las que la percusión sola no indica nada, o incluso puede convertirse en una fuente de errores. De este modo, por la comparación de los resultados proporcionados por uno y otro procedimiento, se obtienen signos ciertos y evidentes del enfisema del pulmón, del neumotórax y de los derrames líquidos en la pleura. Lo mismo ocurre con otros muchos métodos de exploración más limitados en su aplicación, particularmente con la sucusión hipocrática y la medida del tórax y también con la auscultación inmediata. Estos métodos, caídos en el olvido y que a menudo son, en efecto, por sí solos tan propios para equivocarse como para ilustrar al clínico, se convierten en algunos casos, que serán expuestos en esta obra, en medios útiles para confirmar el diagnóstico establecido por la auscultación mediata y la percusión y para llevarlo al más alto grado de certeza y evidencia que se puede obtener en una ciencia física.

Por estos diversos motivos, casi nada más que en los hospitales puede adquirirse de un modo seguro y completo el hábito de la auscultación mediata, pues es necesario haber comprobado en la autopsia, alguna vez por lo menos, el diagnóstico establecido mediante el estetoscopio para estar seguro de uno mismo y del instrumento, adquirir confianza en su propia observación y vencerse por sus propios ojos de la seguridad de los signos proporcionados por el oído. Basta, por lo demás, haber observado dos o tres veces una enfermedad para aprender a reconocerla con seguridad, y la mayoría de las afecciones de los pulmones y del corazón son tan corrientes, que tras de haberlas buscado en un hospital durante ocho días, no faltará por estudiar más que algunos casos raros que se presentarán también, casi todos, en el transcurso de un año si se examina atentamente a todos los enfermos. Sin duda que sería demasiado exigir a un médico entregado por completo a la práctica civil el obligarle a asistir a un hospital durante un tiempo tan prolongado, pero el médico encargado del servicio, y obligado por deber a este examen cotidiano de todos los enfermos, puede fácilmente evitar esta molestia a sus colegas, advirtiéndoles cuando encuentre algún caso raro o interesante. De esta manera no hay médico que no pueda aprender en poco tiempo a reconocer con seguridad, no sólo los casos de que he

hablado más arriba, sino también la neumonía, la pleuresía, los catarros latentes, los menores vestigios de estas afecciones, y éste es, sin duda, el principal resultado práctico que se puede obtener de la auscultación, puesto que estas enfermedades se curan tanto más fácilmente cuanto más pronto se las reconoce. En cuanto a los casos más difíciles seguro es que cuanto más se estudie la anatomía patológica del pulmón más se adiestrará uno en comparar los datos que proporciona con los resultados de la auscultación y se adquirirá más habilidad.