



Percusión topográfica, es la que sirve a conocer los límites exactos de los órganos en el estado normal o patológica.

Todas las partes sólidas que no contienen aire, como también los líquidos dan a la percusión un sonido mate idéntico, al que se obtiene el mismo. Se exceptúan de esto las Drusas, branias i cordones tenues.

Los huesos dan un sonido fructico lao.

Cualquier otro sonido obtenido por la percusión del tórax o abdomen que se diferencia de los anteriores es debido a la presencia del aire. Las diferentes variaciones de este último sonido son debidas, tanto a la cantidad i tension del aire, cuanto a la intensidad del choque de la percusión.

Los diferentes sonidos obtenidos por la pu

encione pueden ser:

1- Maté, o claro, indicando con ellos los sonidos extremos, pero relacionando unos con otros se obtienen sonidos intermedios, (Macidez relativa), etc.

El sonido claro puede tener cierta semejanza con un tono musical, llamándose en tal caso sonido timpánico, o puede no tener tal semejanza; entonces se llama sonido no timpánico.

Segun Stoda el primero procedia de las vibraciones del aire contenido en paredes no tensas, pero si estas paredes producen el sonido no timpánico. En el primer caso vibra el aire solo, en el segundo vibra el aire y las paredes que lo contienen.

La altura mas o menos grande del sonido no timpánico, varia naturalmente segun la cantidad de aire, segun la tension de la membrana o pared.



Segun Winterich la altura del sonido timpánico, si este es producido por vibraciones regulares de membranas tensas, depende de la intensidad de esta tensión. Por el contrario si la vibración del aire predomina la altura depende del mayor o menor diámetro de la cavidad.

La intensidad del sonido timpánico o no timpánico depende de la amplitud de las vibraciones, las cuales a su vez se modifican segun que el cuerpo vibre con mas o menor facilidad. Este, es la mayor o menor empuje que se percute segun la distancia que se pone entre el cuerpo vibrante del punto de percusión. - Hay tambien que tener en cuenta la cantidad de la masa y la mayor o menor conductibilidad del cuerpo interpuesto.

Además de los sonidos mencionados



Reglas generales para determinar  
 los límites de órganos de existencia  
 diferente que se tocan.

Se prefiere la punción débil.

1- Cuando se trata de dos órganos de  
 los cuales el uno tiene aire y el otro no

(Ligado pulmonar)

2- Para determinar la presencia de  
 pequeños espacios plurales e infil-  
 traciones periféricas del pulmón.

Se prefiere la punción fuerte.

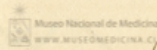
1) Para dar a conocer la consistencia  
 de partes llenas de aire, separadas del  
 punto en que se punció por órganos  
 macizos (sin aire), como por ej. el  
 ligado,

2) a - Para determinar la consis-  
 tencia de un órgano macizo cubier-  
 to por un otro órgano con aire.  
 (Límites del corazón y pulmón).

b.) para dar a conocer la consis-



ya o menor profundidad de  
puyos macisos o partes de orga-  
no, por y. infiltraciones extra-  
las del pulmón.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

### Prevenición de los pulmones.

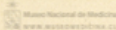
Anatomía. Pleuras. Las dos pleuras



Museo Nacional de Medicina

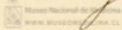
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

comenzan juntas por detrás del esternón  
dnde el cartilago costal de la segunda

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Entilla hasta el de la cuarta. A este nivel  
tranan direcciones diferentes. La del lado

izquierdo se dirige hácia afuera descri-  
biendo una curva de convexidad (hácia

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

afuera) externa hasta el ángulo infe-  
rior del cartilago de la 6.<sup>a</sup> Entilla; de



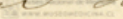
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

manera que queda un espacio trian-  
gular de la cara anterior del pericor-  
dio (en relación directa con la pla-

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ca torácica anterior) no cubierto por  
las pleuras. El límite inferior del sa-  
co pleural es decir, el punto donde

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

se refleja la pleura sobre el diafragma.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

sigue la dirección de una línea de  
 Convexidad inferior que principia  
 detrás del tercio externo del Cartilago de  
 la sexta Costilla, de manera que viene  
 a encontrar la línea axilar en la dé-  
 cima costilla; terminada en la par-  
 te media del cuerpo de la duodécima  
 Costilla. Está por consiguiente en rela-  
 ción con el tercio externo del cartilago  
 costal de la 6<sup>a</sup> a 7<sup>a</sup> Costilla y solo con el  
Cuerpo de las 5 últimas.

La pleura derecha sigue  
 directamente hacia abajo, detrás del estó-  
 macho hasta reflejarse sobre el diafrag-  
 ma. Su límite inferior difiere de aquel  
 de la izquierda en que se dirige direc-  
 tamente desde el cartilago costal de la  
 sexta Costilla, o bien desde el 6<sup>o</sup> espacio in-  
 tercostal hacia el tercio externo del cartila-  
 go costal de la septima Costilla. Desde  
 este punto sigue una dirección seme-



parte a la de la izquierda.

Pulmones. Los límites de los bordes pulmonares no corresponden en toda su extensión a los límites del saco pleural; así en la respiración ordinaria los bordes inferiores no corresponden a los de la pleura, de manera que queda siempre entre estos dos partes un espacio vacío llamado espacio complementario, que solo es ocupado por el pulmón en las inspiraciones forzadas.

Los bordes anteriores de ambos pulmones siguen en respectivos pleuros hasta el nivel del 4.<sup>o</sup> Cartilago Costal. Desde este punto el borde del pulmón izquierdo describe una curva de convexidad externa, pero mayor que la de la respectiva pleura, correspondiendo sucesivamente al 4.<sup>o</sup> Cartilago costal, al 4.<sup>o</sup> espacio intercostal; a la



parte posterior del 5.<sup>o</sup> Cartilago costal donde vuelve a acercarse al esternón para continuarse por detrás del 6.<sup>o</sup> espacio. mas bien del 6.<sup>o</sup> Cartilago Costal, en el borde inferior anterior del pulmón. El borde inferior del pulmón izquierdo está un poco mas bajo que el derecho, cerca de  $1\frac{1}{2}$  Centímetros. El borde inferior del pulmón derecho corresponde a la línea paraaxial y Maxilar, al borde inferior de la 6.<sup>a</sup> Costilla, en la línea escapular a la 10.<sup>a</sup> Costilla.

El borde inferior del pulmón izquierdo corresponde en la línea maxilar, al borde inferior de la 6.<sup>a</sup> Costilla, en la axilar a la 7.<sup>a</sup>, en la escapular a la 10.<sup>a</sup>, en la Columna vertebral a la 11.<sup>a</sup> Costilla.

Las dimensiones de los espacios complementarios en los diferentes puntos son iguales en los dos lados.





excepto en la línea para-esternal,  
a este nivel es mayor en medio  
Centímetros en el lado izquierdo.

Dimensiones de este espacio en ambos

lados:

	derecho	izquierdo
Línea para esternal —	2½ cent.	3 cent.
Línea mamilar —	6	6
" Axilar —	10	10
" escapular —	4-5	4-5
Columna vertebral —	4-5	4-5

Los ciurros inter

lobulares principian en ambos la-  
dos al nivel de la segunda, ter-  
cera vertebra dorsal i terminan diez  
cinco decímetros. La del pulmón  
izquierdo costa la línea axilar al  
nivel de la 4<sup>a</sup> Costilla, termina  
en la línea mamilar al nivel  
de la 6<sup>a</sup> Costilla - La del lado dere-  
cho divide a 5 o 6 centímetros  
por encima del ángulo de la escapula

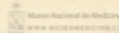


en una cisura superior y otra infe-  
rior que limitan los correspondien-  
tes lóbulos. La Cisura superior se ter-  
mina comenzando un poco hacia  
abajo en el borde anterior del pulmón  
al nivel del cartilago de la 4.<sup>a</sup> y 5.<sup>a</sup> Cos-  
tilla.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La cisura inferior se dirige casi  
directamente hacia abajo y se ter-  
mina en el borde inferior del pul-  
món cerca de la línea mamilar al  
nivel de la 6.<sup>a</sup> Costilla. Se aquí resul-  
ta que en la parte posterior se encon-  
tra solo encontramos el lóbulo superior  
al nivel de las 3 primeras vértebras  
dorsales y que el resto está ocupado por  
el lóbulo inferior.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por delante en el lado izquierdo se en-  
cuentra solo el lóbulo superior, en el  
lado derecho el superior y el medio.  
Los lados, en fin, están ocupados u



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



La izquierda por el lóbulo superior  
y lóbulo inferior; a la derecha ló-  
bulo superior, medio e inferior.

En el lado izquierdo, entre los dos  
lóbulos se encuentra a nivel de  
la 4.<sup>a</sup> o 5.<sup>a</sup> costilla. En el lado de-  
recho, la 4.<sup>a</sup> o 6.<sup>a</sup> costilla, correspon-  
den al lóbulo superior; medio.

Límites del pulmón dados por  
la percusión.

El vértice del  
pulmón para de 9.<sup>a</sup> costilla  
la clavícula.

El borde interno, por la presencia  
del exterior, no se puede limitar  
por la percusión.

El borde inferior del pulmón  
derecho, corresponde por la percu-  
sión en cada individuo entre 14 y

50 años:

x el nivel límite



En la línea external, a la base del  
apéndice sigmoide

En la línea para-external i hormilar  
a la 6<sup>a</sup> Costilla, borde superior o inferior

En la línea axilar media, 8<sup>a</sup> Costilla

id id escapular 10<sup>a</sup> Costilla

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Columna vertebral 11<sup>a</sup> Costilla.

El borde inferior del pulmón  
izquierdo es muy difícil de fijar  
por la percusión al nivel de la  
línea media i para-external por la  
percusión del estómago. Al nivel  
de las otras líneas es igual al del  
lado derecho.

En los vivos el borde inferior de  
los pulmones está a  $\frac{1}{2}$  centímetros;  
aun hasta un espacio intercostal  
mas arriba de los límites norma-  
les. En los viejos sucede lo contrario



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La excursión respiratoria (camb-  
bio de lugar del borde inferior del



(borde posterior en la espiración)  
 es un poco menor que la excursion  
inspiratoria, la cual es de  
 1/2 a 2 Cent. en la linea para costal  
 natural derecha.



2 a 3 id - id id (Mammillae)  
 3 a 4 - - - - -ambos axilares.  
 2 - - - - -escapulares

Las excursiones res-  
 piratorias faltan:

- 1) en la pleuritis
- 2) en el enfisema (En este caso  
 por lo general solo falta la inspiracion;  
 las.)

## Corazón.

El punto mas  
 elevado del Corazón corresponde  
 a la insercion de los Cartilagos  
 Costales (borde inferior) de las Re-  
 querdas Costillas



El punto mas inferior está situado por encima de la parte Média del 6<sup>o</sup> Cartilago Costal. Solo pasa la línea media del estérnón de 8 a 9 centímetros a la izquierda i 4 o 5 a derecha.

Se distingue para su estudio con relación a la pared abdominal, un borde derecho, uno izquierdo i otro inferior.

El borde derecho está formado por la arista derecha i se extiende sobresaliendo el borde derecho del esternón 2 o 3 centímetros describiendo una línea convexa hacia ~~arriba~~ afuera, desde la mitad del 2<sup>o</sup> espacio hasta por detrás de la extremidad esternal del 5<sup>o</sup> Cartilago Costal derecho.

El borde inferior formado por el ventrículo derecho se extiende desde



este último punto (5.º Cant. Cant.) con una dirección descendente hácia el 5.º espacio intercostal, en el cual se encuentra al nivel de la línea mamilar, en el borde izquierdo.

El borde izquierdo describe una curva de convexidad externa. Está formado por el ventrículo izquierdo y se extiende desde el 2.º espacio intercostal izquierdo, hácia abajo y afuera para reunirse en el borde inferior y formar la punta del corazón.

### Pericardio

Reconocemos por la pericardio del corazón una cavidad absoluta y otra relativa cuyos respectivos límites son los siguientes:

1) Cavidad absoluta. (se obtiene por la pericardio d'ibil) Está limitada



Hacia arriba el 4.<sup>o</sup> Cartilago Costal  
encontrándose en ángulo obtuso  
la línea que indica el límite ester-  
no-(2 a 3 cent. por dentro de la línea  
mamilar). Hacia adentro por el  
borde izquierdo del esternón desde  
la 1.<sup>a</sup> hasta la 6.<sup>a</sup> Costilla.

Superiormente es difícil e imposi-  
ble indicar el límite a la femuración  
porque se confunde con la maldad hepato-  
ca - Sin embargo se deja determinar  
a veces en su parte mas interna donde  
está en relación con el 4.<sup>o</sup> Cartilago Costal  
como límite al 6.<sup>o</sup> Cartilago Costal.

Toda la Loria de maldad se puede  
pues representar por un cuadrado  
irregular, cuyo ángulo superior-  
externo es a veces apenas marcado.  
Las dimensiones de las líneas que  
forman el cuadrilátero de la maldad  
son 3 de 5 a 6 Centim.





tros en su borde inferior y en su  
 bordes internos, variando mucho res-  
 pecto a los otros dos, de tal manera  
 que puede representarse un triángu-  
 lo.

En los riñones la macidez abso-  
 luta es relativamente mucha ma-  
 yor estendiéndose aun hacia arri-  
 la y a la izquierda y estando por  
 consiguiente al límite inferior tam-  
 bién elevado de tal manera que  
 el choque de la punta del con-  
 tra se suele encontrar en el 4.<sup>to</sup>  
 espacio intercostal.

En el vigo sucede lo contrario;  
 la macidez es relativamente  
 menor, principia en el 5.<sup>to</sup> Costi-  
 lago, se extiende menos hacia  
 hacia afuera, siendo las dimen-  
 siones en altura y ancho de 4  
 a 5 centímetros



En una inspiración profunda, la Ma-  
Cida del corazón se dirige abajo a la  
derecha, de 2 a 3 centímetros, correspon-  
diendo a la 5<sup>a</sup>. 6<sup>a</sup> Costilla.

En una expiración profunda sucede lo contra-  
rio de manera que entra la ma-  
Cida aumentada hacia arriba a  
la izquierda en una extensión de 2  
centímetros.

Pasando del decúbito dorsal a la po-  
sición vertical (sentado) no se ha no-  
tado ninguna deslocación de la Ma-  
Cida.

Estando acostado del lado derecho se siem-  
pre produce la misma deslocación que  
en una inspiración forzada (profunda)  
estando aumentada la ma-  
Cida en  
el lado derecho del esternón al nivel de  
la 5<sup>a</sup> Costilla; también la 6<sup>a</sup> cost.

Esta posición obliga al todo requiere  
da el mismo efecto que siempre



piración profunda estando exage-  
rada la deslucación a la izquierda.

La Opacidez relativa, (se obtiene por  
la presión fuerte) se extiende en una  
extensión de 2 a 3 cent. alrededor de  
la Opacidez absoluta, teniendo por  
límites hacia arriba el borde inferior  
de la 3<sup>ra</sup> Costilla en una línea de  
curvatura externa que se continúa  
hacia afuera en ángulo obtuso con  
la línea mamilar que es su límite  
externo.

En los sujetos jóvenes la  
opacidez está muy aumentada  
de manera que alcanza arriba has-  
ta el espacio costal, sobre todo a  
la izquierda. La línea mamilar  
a la derecha el borde derecho del  
esternón al nivel de la 4<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> Cos-  
tilla en una extensión de 1 a 3 cen-  
tímetros.

# Patología.

Diminución de la Macidad car-  
diaca se observa.

1) En dejecardias prominencia (i?)

2) En pneumotorax del lado izquier-  
do con dilatación de la caja torácica o dis-  
tensión de los organos vacuís.

3) En el enfisema muí desarrollado

4) En la pneumo-pericarditis. En es-  
tos últimos hay falta completa de la Ma-  
cidad, mientras que en los primeros  
se observa una macidad al lado  
derecho del esternón. Empiezan en  
el borde derecho del esternón, la  
línea para externa, manipulo de  
recha, desde la 3.<sup>a</sup> o 4.<sup>a</sup> Cost. hacia la  
6.<sup>a</sup>. La diminución, falta de Ma-  
cidad en el enfisema es debida al  
rechazo del diafragma hacia aba-  
jo por la expansión inspersion  
del pulmón, el estado mismo del



del pulmón que aporta al era-  
sion de la pared traqueal.

Aumento de la ma-  
cider cardíaca se observa:

1) En la hipertrofia i dilatación  
de todo el corazón de una de sus  
Cavidades. a) En la hipertrofia del  
ventrículo izquierdo la macider se  
encuentra aumentada hacia la iz-  
quierda i abajo, raras veces hacia arriba.  
b) en la dilatación i hipertrofia  
del corazón derecho. La macider so-  
brepasa el borde derecho del atrio i en  
una extensión de 1 a 2 centímetros  
está aumentada un poco hacia el  
lado izquierdo.

2) Anomalías del pericardio, presen-  
ta una macider de figura triangu-  
lar de vértice superior i base inferior.  
El mismo se puede hallar en el  
2.º o 3.º espacio intercostal cerca



del borde izquierdo del esternón. El lado  
derecho se dirige hacia la derecha y abaj  
por hacia la línea esternal, para este  
nal al nivel de la 6<sup>a</sup> Costilla.

El izquierdo se dirige hacia abajo y a la  
izquierda por fuera de la línea mamilar.  
Lo que se encuentra en un diagn  
me mediano, aumentando la maici  
das si este es mayor.

Para poder distinguir si se trata de  
una hipertrofia del corazón o de un  
tercero o de notas que en este últi  
mo en la maici  
una posición vertical, lo que no su  
Cede en caso de una hipertrofia.

3) Por alteración de los órganos  
vecinos (hepatización del borde del  
pulmón que entre al corazón, de  
ranos pleurales, atelectasia, dis  
minución del pulmón)  
A veces el enfisema hace imposible



diagnóstica un aumento del co-  
razón por la hipertrofia pericardio.

### Dilatación de la Cavidad Cardíaca

Las dilataciones del corazón pueden  
verificarse en todos sentidos.

a) Las dilataciones en línea anti-  
cat dependen de la posición del  
diafragma. Todas las causas que  
producen una elevación de este plan  
de la misma manera sobre la ma-  
cider del corazón (metorismo, derrame  
y gases en la Cavidad peritoneal,  
grandes tumores del hígado, del  
bazo)

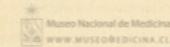
Membrana, aunque sea pericardio  
Dacider, la rechaza hacia abajo.

b) Las dilataciones hacia la izquier-  
da se obturan en los derrames de la  
plena derecha o en el neumotórax  
de este lado. Como también del pulmón  
izquierdo.



c) Las tubercaciones a la derecha son debidas a las mismas afecciones del lado izquierdo.

## Higado.



Anatomia. El higado corresponde

por su parte anterior, por una parte directamente a la pared toracica, por otra está separado de ella por una parte del pulmón; de tal manera que el punto mas elevado del higado se eleva en la espiracion 5 centímetros por encima del borde inferior del pulmón. El lóbulo izquierdo se introduce entre el estomago i aquella parte del diafragma sobre la cual reposa el corazón.

El borde inferior corresponde en la

parte posterior a la línea escapular





lar i ayitar a la 11<sup>a</sup> Cost., en tu l<sup>o</sup>,  
 una manillar sobrepasa el borde  
 inferior de la arcada costal, se conti-  
 nua de esta manera hacia arri-  
 ba i a la izquierda, comprendiendo  
 en la línea media a la unión del  
 t<sup>o</sup> superior i medio de la distancia  
 que separa la punta del apéndice p<sup>o</sup>  
 fijos del ombligo i superior se coloca  
 por detrás del diafragma entre  
 la línea manillar i para exterior  
 izquierda —

Percusión.

Mucidor absoluta (se determi-  
 na por la percusión débil). El lí-  
 mite superior comprende al lími-  
 te inferior del pulmón a la derecha  
 i del corazón a izquierda.

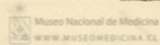
Este situado en una línea que co-  
 rresponde en  
la línea media, a la unión del



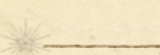
Cuerpo del exterior con el apéndice xifoí-  
dos,

en la línea para-external derecha - 6<sup>a</sup> Costilla

la línea mamilar \_\_\_\_\_ 6<sup>a</sup> \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ axilar \_\_\_\_\_ 8<sup>a</sup> \_\_\_\_\_



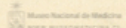
\_\_\_\_\_ escapular \_\_\_\_\_ 10<sup>a</sup> \_\_\_\_\_



Museo Nacional de Medicina

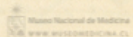
en la Columna vertebral \_\_\_\_\_ 11<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

El borde inferior está situado en  
la línea media en la mitad de la  
distancia que separa el ombligo de  
la base del apéndice xifoideo,



Museo Nacional de Medicina

en la línea para-external - 4 a 6 cent. abajo  
de la axada costal,

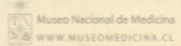
en la mamilar corresponde al 10<sup>o</sup> espa-  
cio intercostal



Museo Nacional de Medicina

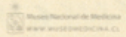
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

~~en la línea axilar~~



Museo Nacional de Medicina

en la línea axilar corresponde al 10<sup>o</sup> espa-  
cio intercostal,



Museo Nacional de Medicina

en la escapular a la 11<sup>a</sup> Costilla.

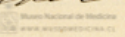


Museo Nacional de Medicina

El espacio comprendido  
entre la línea escapular y la  
Columna vertebral, la coincide



WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina



Supratéica e Confusode em la renal.  
 i em el sonido traicero de los mus  
 culos lumbros.

Las dimensiones de la man  
 der en los diferentes lineas son:

Linea media	—	6 - 9 cent.
Linea paraxternal	}	9 - 12 —
Mamilar		
Axilar	—	7 - 11 —
escapular	—	4 - 6 —

— Segun Buchna —

Linea media	—	7 centimetros.
paraxternal	}	8
intarmamilar		
Mamilar	—	9 a 9 1/2
Axilar	—	10 —
escapular	—	5 a 6 —

La intamion a la izquierda de  
 la linea media des de 4 a 7 cent.  
 traider relation (e obtiene por la  
 punion fuerte en la situad



a 3 Centímetros arriba que  
la línea de inserción absoluta, siendo  
imposible determinarla en la parte  
posterior - No corresponde a los lí-  
mites anatómicos, lo que se comprende  
facilmente tomando en consideración el  
aumento de espesor considerable, há-  
cia arriba de la lengüeta del pulmón  
que se interpone entre el hígado y la  
pared abdominal.

### Consideraciones patológicas

Disminución de la inserción he-  
pática, se encuentra en todos los  
casos que producen una atro-  
fia de este órgano (cirrosis, atrofia)  
habiendo ascenso de la inserción. Si  
el lóbulo izquierdo es atacado, no solo  
hay ascenso sino que el ángulo con-  
traheo-hepático es desplazado hacia la  
derecha.

3) Por la interposición de los



entre el hígado i la pared abdominal. Estos pueden producir el mismo efecto.

3) Por un aumento de presión en la cavidad abdominal, que recha-  
sa el hígado junto con el diafragma hacia arriba, dirigiéndolo de tal manera que el borde anterior se eleva, tocando solo en una pequeña extensión a la pared abdominal.

Aumento de la macidez hepática.

es debida:

1) a un aumento del hígado mismo.  
2) a cualquier causa que ponga en contacto directo una mayor extensión de este órgano con la pared abdominal.

3) por una macidez producida por órganos vecinos (tensión de los músculos abdominales, plenitud de sustancias sólidas del estómago i del colon).



i derrame pleural derecho, que aumenta la macidez hacia arriba, (hepatización pulmonar).

El aumento del lóbulo izquierdo se hace notat por elevarse la macidez del Corazón hacia la izquierda, (epi-  
 tenculo costal en ángulo hepático-pulmonar; un aumento mas considerable produce un paraje de la macidez de este lóbulo en la del bajo. (ángulo spleno-hepático).

Distocación de la Macidez. La distocación hacia arriba disminuye la macidez; la distocación hacia abajo la aumenta.

a) distocación hacia abajo. Se produce en el enfisema crónico reclinando el diafragma, en la pleuresia crónica tambien directamente sobre el diafragma, derrame pleurítico etc.



Dislocación hacia arriba, en el enteritis, acitis, que producen la posición de Cantó.

Resumen.

1) Estando el límite inferior normal, el superior se encuentra rechazado hacia arriba en los siguientes casos.

- Aumento del hígado hacia arriba
- Demencia pluriótica de intensidad media
- Aumento del hígado con dislocación hacia arriba
- Aumento hipertrófico o amiloides en acitis

2) rechazado hacia abajo en:

el enfriamiento de intensidad moderada (en su relación generalmente aumentada)

Estando el límite inferior bajo el superior se encuentran:

1) alto:

en el aumento considerable del hígado en la pluriótica morosa.

2) normal

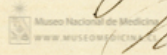
Aumento del hígado.



Posición anormal de esta víscera, opuesta a la de Canto.

3) bajo.

Grave enfermedad { disminución o falta de macidez - relativa



Estando el límite inferior alto, el superior se encuentra:

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1) arriba - Dilocación hacia arriba

2) normal. Resumición de volumen (atrofia)

Posición de Canto con dilocación empujable - Falta absoluta de la macidez - Posición de Canto

Que meteorismos i gases - Intersposición entre el bazo i la pared abdominal de partes de intestinos

o bien por gases que provienen de la cavidad abdominal (peritoneal)



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Bazo

Anatomía. El bazo está situado entre



el diafragma &

rión izquierdo i estómago, en el hi-  
pocostio izquierdo entre la 9.<sup>a</sup> i 11.<sup>a</sup>  
Costilla; Su diámetro está dirigido de  
arriba abajo. Detrás adelante. Pre-  
senta una extremidad superior  
que está apenas 2 centímetros del  
borde de la 11.<sup>a</sup> costilla dorsal i  
una extremidad anterior que es el  
punto más próximo a la línea  
media. El borde anterior sigue la  
dirección de la 9.<sup>a</sup> Costilla, está  
cubierto por su parte superior hasta  
la línea apilar posterior por el pul-  
món izquierdo, formando con este  
un ángulo luzo-pulmonar en  
el cual están colocados el es-  
tómago i colon.

El borde posterior sigue la di-  
rección de la 11.<sup>a</sup> Cost. Cabeaudo se  
suele en el borde externo del riñón  
izquierdo, de manera de cu

trilo desde su extremidad superior  
hnta la mitad de la circunferencia  
en lateral, formando en ella un  
ángulo llamado base-renal que  
es ocupado por el cútou descendente.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Percusión  
La percusión de la parte no cubier-  
ta por el pulmón, nos dá los límites  
indicados en la figura . . . . . En  
el estado normal no sobrepasa la  
línea ilio-mammilar. La curvatura  
de la línea mamm-apilar es de  
15 a 7 cent.

### Patología

diminución de la elasticidad del  
luro. Sime por causa:

1) El enfisema de mediana intrin-  
sidad que llenando los espacios  
emplantarios entre la parte  
superior en una extensión mayor.



2) Por un aumento de presión en la cavidad abdominal, que empujando el bazo hacia arriba lo eleva de su posición normal o más bien detrás de la convexidad del diafragma. (intestinos, gases en el peritoneo, ascitis)

Aumento de la movilidad del bazo o del bazo mismo:

En todas las enfermedades rigidez crónicas, tumores del bazo - muchas veces h' movilidad debida a los órganos vecinos (acumulación de Sarcocisto o de líquidos en el colon i' estómago)

Estómago

Anatomía

Esta situado con sus 2/3 en el hipocóndrio izquierdo. 1/3 en el epigastrio



Se dirige de la izquierda a la derecha  
de arriba abajo: de detrás adelante. Su  
límite inferior en pleiuntus media co-  
rresponde a la mitad de la distancia  
que separa el apéndice cecales del  
ombigo. La parte Cardíaca está al  
nivel del 6.º espacio intercostal a la  
derecha del esternón: dista 10 Ctm. de  
la pared abdominal.

La parte pilórica está situada en la  
mitad derecha del epigastrio alcan-  
zando la arcada costal derecha.

La Curvadura menor atraviesa la Colu-  
na vertebral: la curvadura mayor mi-  
ra al hipocóndrio izquierdo. La parte  
superior anterior del estriago sigue  
mientras está en el hipocóndrio izquier-  
do la concavidad del diafragma  
y está cubierta en su parte posterior  
superior por el pulmón izquierdo.  
mientras que la parte que se eleva



ta en el epigastrio se encuentra separada de la pared abdominal por la extremidad izquierda del hígado.

Por debajo de la curvadura mayor sigue el Cólon transverso. De aquí se pasa que una segunda parte de la cara anterior superior, limitada a la derecha por el hígado

## Percusión

El borde superior de estos órganos es difícil determinar por la percusión porque sigue luego el Cólon transverso. En la extensión media de este órgano se halla en la línea media al nivel del punto medio entre el apéndice sigmoideo y el ombligo, se extiende de ahí en horizontalmente hacia el hipocostrio izquierdo.



do, corta la arcada costal al nivel del 9.º Cartilago, sigue la dirección de la octava (8.ª) costilla para desaparecer bajo el pulmón en la línea axilar media. Hacia la derecha de la línea media el limite inferior del estómago no se deja encontrar, sino en una extensión de pocos centímetros, desapareciendo luego bajo el borde del hígado.

Se denomina espacio semilunar el que se encuentra entre el hígado pulmón, izquierdo, base i borde costal. Para facilitar la detección del limite inferior se ha empleado la inyección de abundante líquido y de sustancias que desarrollan gases i puedan así distender el estómago. En el primer caso se hace notar nacer en la parte inferior del estómago. En el segundo caso en los ruidos timpánicos mas bajo.

Diminución de la extensión del timpanis-  
mo del estómago. Aumento del hígado, pul-  
món o bazo (enfisema, derrame, irquis-  
do) aumento considerable del Corazón.

Aumento de la extensión del timpanismo  
del estómago. 1) Por disminución de los  
órganos vecinos (atrofia del hígado, pul-  
món izquierdo, bazo). 2) Por la dilatación  
del estómago, puede llegar el límite infe-  
rior hasta la sínfisis pubiana

## Riñones

### Anatomía.

Los dos riñones están colo-  
cados a cada lado de la columna  
vertebral, al nivel de la última vér-  
tebra dorsal y de las tres primeras lum-  
bares, inmediatamente por delante  
de la pared abdominal posterior, mi-  
rando su base hacia la columna  
vertebral.



La extremidad superior del riñón  
y <sup>del lado</sup> izquierdo ~~segundo~~ (tercio superior) está  
cubierta por el hígado, la del lado  
izquierdo en relación con el bazo. La  
superior de ambos riñones componen  
de a las 3 últimas costillas estando  
por consiguiente en relación con el saco  
pleural. Delante del riñón derecho se  
encuentra el duodeno; el cólon as-  
cendente, delante del izquierdo el  
cólon descendente, el intestino grueso  
se separa lateralmente en ambos lados  
el borde externo del riñón respectivamente.  
Por detrás los riñones están en  
relación con los plexos del diafragma,  
el cuadrado de los lomos  
traverso, sacro espinal, gran dorsal.  
La distancia que separa la parte  
superior del borde interno de la co-  
lumbiana es de  $1\frac{1}{2}$  a  $1\frac{1}{2}$  cent., la parte  
media, 5 a 6, la parte inferior 7 a 8.





El diámetro mayor es de 10 a 12 Cent.;  
el trasversal de 5 a 6. La distancia  
que separa la extremidad superior in-  
ferior de la cresta del hueso Coxal es a  
izquierda de 5 Cent. y a derecha 4 Cent.

El borde convexo del riñón derecho for-  
ma con el hígado un ángulo hepato-  
renal en el cual está co-  
locado el colon ascendente; el del la-  
do izquierdo forma con el bazo un  
ángulo espleno renal  
ocupado por el Colon descendente.

Entre ángulos se encuentran  
en cada lado al nivel de la  
línea escapular, tiene entre esta  
y la axilar posterior a la altura  
de la 10 Centilla o 11<sup>a</sup> espacio interos-  
tal.

### Percusión

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por la percusión solo  
se puede determinar el borde exterior



para el grueso de la pared posterior hacia  
la parte interna y órganos vecinos hacia  
arriba aun todos en sentido mate.

En estado normal la macula del riñon  
se extiende hacia afuera en 7 a 9 cent.  
de la línea media.

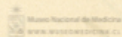


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

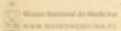


Museo Nacional de Medicina

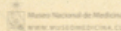
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



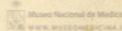
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

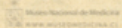


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

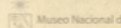


Museo Nacional de Medicina

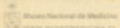
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



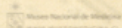
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

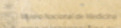


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL