

el agua de Seltz contra los vómitos, los opiados contra los dolores, los alcalinos contra los eructos ácidos, y un régimen bien adecuado contra los desarreglos de la digestion.

Prescripcion I.

EN UN CASO DE CÁNCER INCIPIENTE.

- 1.º Para bebida, infusion de saponaria endulzada con jarabe de goma.
- 2.º Tomar todos los dias en las comidas media ó una botella de agua de Vichy.
- 3.º Píldoras de cicuta á dosis crecientes (véase pág. 353).
- 4.º Fricciones irritantes en la region epigástrica (véase pág. 358).
- 5.º Si fuesen vivos los dolores, aplicar uno ó mas vejigatorios volantes.
- 6.º Para combatir el estreñimiento, lavativas con 30 ó 40 gramos de sulfato de sosa, ó 60 á 80 gramos de aceite de ricino.
- 7.º Régimen compuesto de sustancias ligeras en corta cantidad y apropiadas al gusto del enfermo, que se deberá consultar. Ejercicio moderado todos los dias y distracciones.

Prescripcion II.

EN UN CASO DE CÁNCER MAS ADELANTADO CON VÓMITOS FRECUENTES.

- 1.º Para bebida, infusion de flor de sauco endulzada con jarabe de flor de naranjo.
- 2.º Beber durante el dia una ó dos botellas de agua de Seltz mezclada con la infusion anterior.
- 3.º Todas las noches una píldora de 3 á 5 centigramos de extracto tebáico, que se dará á mayor dosis si los dolores fuesen escesivos.
- 4.º Despues de cada comida una ó dos cucharadas de café de jarabe de acetato de morfina.
- 5.º Revulsivos al epigastrio ó un exutorio (véase pág. 358).
- 6.º Régimen mas severo que en la prescripcion precedente, y los demás remedios anteriormente espuestos.

En los últimos tiempos de la enfermedad, es necesario llenar las diversas indicaciones que se pueden presentar. La diarrea se combate por los astringentes, los opiados, el diascordio, etc., y los síntomas que se manifiestan en las vias respiratorias se tratan por los medios adecuados que hemos dado á conocer en su lugar oportuno.

Resúmen. 1.º *Tratamiento curativo.* Emisiones sanguíneas, narcóticos, antiespasmódicos, fundentes, mercuriales, preparaciones de oro, preparaciones ioduradas, ferruginosas ó arsenicales, y otros diversos medios.

2.º *Tratamiento paliativo.* Medios contra los trastornos digestivos; contra los dolores del epigastrio; opiados, revulsivos; contra los vómitos, contra los agrios y la debilidad; régimen.

ARTICULO X.

PERFORACION DEL ESTÓMAGO.

§ I.—Consideraciones generales. Division.

Hay perforaciones *debidas á un trabajo patológico*, y especialmente á la úlcera cancerosa y á la úlcera simple perforante, siendo otras *dependientes de un fenómeno puramente cadavérico*. Mas adelante veremos que es menester admitir una verdadera *rotura del estómago*, pues existe hoy un número de casos muy considerable en la ciencia. Dejaremos á un lado por el momento las *perforaciones producidas por un veneno corrosivo sobre la pared del estómago*, porque trataremos de ellas en el capítulo consagrado á los *envenenamientos*.

Las ideas de Galeno, de Celio Aureliano, de Boerhaave y de Hoffmann, no están fundadas en el estudio de hechos positivos, y solo recordaremos los experimentos de Hunter y Spallanzani, y sobre todo los de Carswel, sobre los que hemos hablado largamente mas arriba. En efecto, prueban que en ciertas circunstancias la perforacion puede no ser, como ya se ha visto, mas que un simple efecto cadavérico; pero estos autores han hecho muy mal en querer generalizar demasiado hechos particulares.

Gerard admitia la existencia preliminar de un *absceso* en el estómago, idea enteramente hipotética. En cuanto á Chaussier y á Jaeger ya hemos visto anteriormente el juicio que formaban de esta lesion.

Camerer (1) creia haber conciliado las opiniones de los partidarios de la teoria de Hunter con la de los autores que acabamos de citar, demostrando por experimentos que el jugo gástrico obra en un estómago privado de inervacion como en el estómago de un cadáver; pero nada prueba que en los casos en que se produce la perforacion del estómago este órgano se halle en las condiciones que supone el médico de Stuttgart.

§ II.—Síntomas.

Síntomas precursores. Cuando la perforacion del estómago es *debida á los progresos de un cáncer ulcerado*, vá precedida de los dolores, vómitos, enflaquecimiento y caquexia que son propios de esta enfermedad. Cuando *es debida á una úlcera simple*, unas veces se observan los síntomas espuestos en el artículo precedente (véase ÚLCERA SIMPLE).

(1) Camerer, *Espér. sur le ramoll. de l'estomac.*

Síntomas consecutivos. Cualquiera que sea la causa á que se deba atribuir la perforacion, se diferencian mucho los fenómenos que de ella resultan, segun que la cavidad del estómago *comunica con el del peritoneo*, ó que la *solucion de continuidad está en relacion con uno de los órganos inmediatos.*

En este último caso se observa lo siguiente: Hay *cardialgias* con dolores muy intensos, que algunas veces se prolongan por dias enteros, *desmayos*, *vómitos* de grandes cantidades de *sangre*, seguidas de *deyecciones alvinas sanguinolentas*, y la enfermedad, que hasta entonces no habia marchado con mucha rapidez, hace espantosos progresos. Como acabamos de ver, es muy difícil distinguir los resultados de una perforacion de este género de los que pertenecen á la simple erosion de una arteria del estómago; pues en una y en otra son casi idénticos los fenómenos. Las mas veces vá á parar la perforacion del estómago al hígado y al bazo; sin embargo, no es raro ver que en los casos de cáncer hace comunicar la cavidad gástrica con la del colon; pero este es un punto acerca del cual ya hablaremos al tratar de esta última enfermedad. Muchos autores, y especialmente Chaussier, han referido ejemplos de perforaciones del fondo mayor del estómago que correspondian al bazo.

En otras circunstancias se verifica la perforacion *en frente de las paredes abdominales*, y si entonces se establecen adherencias, se puede formar una *fistula estomacal*. Esto es precisamente lo que sucedió en un caso muy notable referido por Bineau (1). Esta fistula, que se habia cerrado despues de haber existido durante algunos dias, se abrió mas tarde y causó la muerte de la enferma.

Lo que mas llama la atencion en las perforaciones de que acabamos de hablar, es la produccion de las *adherencias* que impiden el derrame en la cavidad peritoneal de las materias contenidas en el estómago; hecho importante sobre el que ha insistido el doctor Caillard (Tesis, París), y del cual ha citado tres ejemplos.

En circunstancias menos felices, la perforacion no siempre encuentra un órgano próximo que venga á obstruirla. Pero puede suceder, como en un caso observado por Delpech, que el derrame que al principio es muy poco abundante, se halle *contenido en un espacio muy limitado* y rodeado de falsas membranas, de suerte que los accidentes no sean en extremo graves. Los casos de este género son raros, á lo menos si nos atenemos al corto número que se ha citado por los autores. En la observacion referida por Delpech (2) se diagnosticó una perforacion que dió inmediatamente lugar á formidables accidentes, que se calmaron á beneficio de la dieta absoluta; pero habiendo querido la enferma tomar alimentos, sobrevinieron vómitos que rompieron estas adherencias, é hicieron comunicar la pequeña cavidad del derrame con la cavidad peritoneal, de lo que resultó una peritonitis mortal.

(1) Bineau, *Journ. des connaissances méd.-chir.*, t. II, p. 360.

(2) Delpech, *Mémor. des hóp. du Midi*, t. II, p. 386.

En otras circunstancias, por desgracia demasiado frecuentes, la perforacion del estómago hace *comunicar directamente* la cavidad de este órgano con el *peritoneo*, y se forma el derrame, ya en su cavidad cuando se verifica la perforacion en la cara anterior, bien en la cavidad posterior de los omentos cuando está en la cara posterior. Este accidente se anuncia inmediatamente por los síntomas mas violentos, y sobre todo por el *dolor excesivo que sobreviene de repente*, los *escalofrios*, la *frialdad de las estremidades*, la tendencia de los enfermos á encogerse bajo la cubierta de la cama y á tener *encorvado el cuerpo hacia adelante*, etc., síntomas que, como se vé, son los de la peritonitis sobre-aguda, y que tienen el mismo valor en la afeccion de que tratamos que los que se manifiestan en la *pléura* en la *perforacion del esófago*.

Charrier (1) ha referido un caso de perforacion de este género observado en una señora que habia presentado durante cierto tiempo en este órgano síntomas poco manifiestos. Habia, pues, dos perforaciones que eran sin duda el resultado de dos úlceras mas ó menos antiguas, y sobrevino una peritonitis sobreaguda mortal. *Tambien se notó el descenso del hígado y su separacion del diafragma* debidos á un rápido desprendimiento de gases en el peritoneo.

Estos interesantes pormenores deberán estudiarse con cuidado en el artículo dedicado á la peritonitis.

La perforacion del estómago está caracterizada, y se diferencia de la rotura, ya por la existencia de *fenómenos anteriores*, ya por la *falta completa de estos síntomas* y de los que preceden á la rotura, como veremos mas adelante, y por la *aparicion repentina* de los fenómenos de la peritonitis sobreaguda.

§ III.—Causas.

Despues de haber observado durante cierto tiempo el curso de las enfermedades que la producen, y en particular el de la *úlcer cancerosa* y de la *úlcer perforante*, vemos llega un momento en que la pared del estómago está casi completamente destruida. Solo queda entonces la membrana serosa para impedir el derrame de las materias. Bien se concibe que en este estado un *movimiento violento*, un *esfuerzo de vómito* y una *presion violenta* sobre el epigastrio pueden romper fácilmente este último resto de la pared gástrica. Esto es, en efecto, lo que se ha observado en cierto número de casos; pero en otros no se ha notado nada semejante, lo que prueba que la membrana serosa habrá sufrido á su vez el trabajo ulcerativo.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

1.º *Perforacion patológica.* La estension de las perforaciones es muy variable, como la de las úlceras en general; que algunas veces es

(1) Gharrier, *Union medicale*, 11 y 13 de marzo de 1847.

muy considerable, porque se las ha visto de la magnitud de la palma de la mano; que la perforacion es redondeada, y de bordes cortados de tal modo, que la pérdida de sustancia de la mucosa y del tejido submucoso es mayor que la de la muscular, y esta á su vez es mas estensa que la de la serosa. Los bordes suelen tener un color rojo mas ó menos vivo, otras oscuro, y aun negruzco; y esto es sin duda lo que ha hecho creer que existia una verdadera gangrena. A veces hay muchas perforaciones de mediana estension, lo que conviene muy bien con lo que se ha dicho acerca de la formacion simultánea de muchas úlceras.

Hughes y Ray (1) han referido un caso muy curioso de perforacion del estómago, que se observó en una niña. Ya la primera vez se presentaron todos los sintomas de la perforacion, tales como dolor repentino y atroz, peritonitis consecutiva y la enferma se curó. Cuatro meses despues se reprodujeron con mas intensidad estos accidentes y la enferma murió. En la autopsia se encontró una perforacion á manera de canal entre el piloro y el cárdias, y una depresion fruncida como en las cicatrices que pareció eran el resultado de la primera perforacion. El estómago estaba lleno de frutas rojas todavía no digeridas.

Pero lo que principalmente importa comprobar es la existencia en la cavidad peritoneal de una inflamacion mas ó menos estensa, resultado inevitable del derrame de las materias contenidas en el estómago durante la vida. Delpech es el único que ha insistido como se debe sobre este punto, á pesar de que él es el que predomina en toda la cuestion. Si se hubiese tenido cuidado de indicar exactamente en todas las observaciones el estado del peritoneo, nada hubiera sido mas fácil que distinguir las perforaciones que sobrevienen durante la vida de las que se producen en los cadáveres. Por haber descuidado completamente Chaussier esta descripción del peritoneo ha sido sin duda inducido muchas veces en error; porque es evidente que ha atribuido á una sola causa perforaciones de muchas especies.

Así, pues, además de hallar los alimentos en la cavidad peritoneal, es necesario notar con cuidado el estado de descomposicion en que se encuentran, su composicion química, y sobre todo la rubicundez de la serosa, las falsas membranas, los derrames sero-purulentos ó purulentos; porque si todas estas circunstancias existen, no es dudoso que la perforacion se haya verificado durante la vida.

2.º *Perforaciones cadavéricas.* Lo que acabamos de indicar nos conduce á decir algunas palabras de las perforaciones que al parecer son evidentemente cadavéricas. Tal es la que ha sido comunicada por Littré al doctor Carswell (2), las que son propias de Hunter y á algunos otros experimentadores, y la que ha sido referida por Louis, como ejemplo del último término á donde puede llegar el reblandecimien-

(1) Ray, *Guy's hosp. Reports.* t. IV, 2.ª série, 1846.

(2) Littré, *Journal hebdomadaire de medecine*, 1830, t. VII, p. 506.

to con adelgazamiento del estómago. Lo que hay de notable en estos casos, es que el liquido *derramado* tenia una *apariencia quimosa*, y que los órganos en contacto con él estaban reblandecidos así como el estómago, *sin inflamacion en las partes circunvecinas*, de tal modo que el peritoneo se hallaba perfectamente intacto.

Los hechos de que acabamos de hacer mencion presentan el tránsito gradual del reblandecimiento á la completa perforacion. En efecto, el que ha recogido Littré nos ofrece la destruccion de las paredes hasta el peritoneo, en un caso de muerte repentina, y los demás la destruccion de esta misma membrana. Insistiremos en esta diferencia en las lesiones circundantes; porque si no se la tiene en consideracion, es imposible cerciorarse de la naturaleza de la perforacion, pues la forma de la lesion no basta siempre, segun confiesan todos los anatómo-patólogos, para resolver todas las dudas.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

En primer lugar hay que resolver si la solucion de continuidad es una simple perforacion ó una *rotura del estómago*, y hé aquí los datos en que se establecerá esta distincion. En la perforacion se observan sintomas precursores de mayor ó menor duracion; dolores epigástricos, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, enflaquecimiento, etc. En la rotura hay igualmente sintomas antecedentes, pero como veremos mas adelante, sobrevienen todos durante una especie de indigestion, no tienen mas que una duracion muy limitada, y se hallan principalmente constituidos por el abultamiento del epigastrio, la ansiedad y los esfuerzos inútiles para vomitar. Estos últimos sintomas bastan para distinguir la rotura de la perforacion del estómago que se sigue á una úlcera latente, caso por lo demás mucho mas raro que el precedente.

No hablaremos aquí de la perforacion que se atribuye al simple reblandecimiento del estómago, porque este punto no está aun bastante aclarado.

¿Comunica la perforacion con alguno de los órganos inmediatos al estómago, ó bien hay un derrame peritoneal? Este diagnóstico es muy fácil, porque los sintomas de la peritonitis sobreaguda son tan graves y característicos que no pueden dejar duda alguna, por lo cual basta remitir al lector á lo que hemos dicho anteriormente.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la perforacion y de la rotura del estómago.*

PERFORACION.	ROTURA.
Sintomas precursores de <i>mayor</i> ó <i>menor duracion</i> : dolores en el epigastrio.	Sintomas precursores de <i>corta duracion</i> : abultamiento del epigastrio.

trio, náuseas, vómitos, enflaquecimiento, etc.	ansiedad y esfuerzos inútiles para vomitar.
Sobreviene <i>sin causa particular</i> .	Sobreviene á consecuencia de una especie de indigestion.
Algunas veces se produce repentinamente <i>sin preceder ningun sintoma</i> .	Siempre preceden los <i>sintomas mencionados mas arriba</i> .

2.º *Signos distintivos de la perforacion limitada por los órganos inmediatos y de la perforacion con derrame.*

PERFORACION LIMITADA POR LOS ÓRGANOS INMEDIATOS.

Cardialgia violenta.
Muchas veces *vómitos de sangre*.
Algunas veces *desmayos*.

PERFORACION CON DERRAME.

Dolor *escesivo en el abdómen*.
No hay vómitos de sangre.
Escalofrios y frialdad en las estremidades. Los enfermos se acurrucan bajo las cubiertas de la cama, etc.

3.º *Signos distintivos de la perforacion producida durante la vida, y de la que se verifica despues de la muerte.*

PERFORACION DURANTE LA VIDA.

Adherencias con los órganos inmediatos.
Estos se hallan *supurados, rojos, reblandecidos, etc.*
Inflamacion violenta del peritoneo.
Durante la vida, *sintomas de peritonitis* ó de lesiones profundas de los órganos inmediatos al estómago.

PERFORACION CADAVERICA.

No hay adherencias con los órganos inmediatos.
Estos no presentan mas que un simple *reblandecimiento blanco*.
El peritoneo se halla en *estado normal*.
Sobreviene con frecuencia en las *muerres repentinas*: en el caso contrario *sintomas de gastritis* aguda ó crónica seguida ó no de accidentes graves debidos á una perforacion.

Pronóstico. Parece inútil tratar de establecer el pronóstico de un accidente tan formidable, del cual parece ser la muerte una consecuencia inevitable. Sin embargo, los hechos que hemos estudiado hasta el presente nos suministran acerca de este punto datos importantes, y desde luego vemos que las perforaciones limitadas por los órganos inmediatos son mucho menos graves que las que hacen comunicar la cavidad del estómago con la del peritoneo.

En segundo lugar hallamos que si se puede verificar en un punto en que el estómago esté en contacto con las paredes abdominales, se establece una fistula que no es inmediatamente mortal.

En fin, segun el interesante hecho que se refiere en la observacion de Delpech, vemos que la perforacion del estómago puede muy bien no ser inmediatamente mortal, aun cuando se efectúe en la cavidad peritoneal. En efecto, si el derrame es poco abundante, puede ser prontamente limitado por falsas membranas que le trasforman, por decirlo así, en un simple abceso. Mas adelante hallaremos esta disposicion en las *perforaciones del intestino ciego*.

§ VI.—**Tratamiento.**

Ya hemos espuesto en los artículos precedentes todo lo que se refiere al tratamiento de las diversas lesiones consiguientes á la perforacion.

¿Qué conducta se deberá seguir cuando hay perforacion? Si la perforacion está limitada por un órgano inmediato al estómago, se debe combatir con las *emisiones sanguíneas* y los demás antiflogísticos, la inflamacion mas ó menos intensa de este órgano, é insistir en los medios ya puestos en uso contra la úlcera del estómago. Los casos en que la erosion del órgano secundariamente afectado dá lugar á *vómitos de sangre* mas ó menos abundantes, entran en el tratamiento de la *gastrorragia* (1).

Si hay motivos para creer que existe un *derrame poco estenso y limitado por falsas membranas*, como en el caso citado por Delpech, es menester no omitir ninguna precaucion para librar al enfermo de todos los accidentes que le amenazan. En primer lugar es necesario someterle á una *quietud completa*, ponerle á la *dieta mas rigurosa*, *suprimir las bebidas*, templar la sed con *hielo* ó algunas gotas de un *líquido acidulo*, y poner en uso el tratamiento recomendado por Stokes y Graves contra la peritonitis por perforacion, esto es, *el ópio á altas dosis*. Pero en semejante caso es necesario introducir el ópio en el conducto intestinal por medio de *lavativas*, porque importa mucho no ingerir en el estómago nuevas sustancias. Con este fin se administrarán algunas lavativas con 20, 30 y aun 40 gotas de *láudano*, y se cubrirá el vientre con *fomentos emolientes*, á los que se añadirá una gran cantidad de vino opiado.

Cuando haya una reaccion manifiesta se harán *emisiones sanguíneas*, recurriendo en semejante caso principalmente á las *sanguijuelas*, aplicándolas en gran número (40, 50 ó 60) al punto mas dolorido de la region abdominal.

En fin, *cuando existe una peritonitis sobreaguda generalizada*, es necesario emplear cuanto antes el tratamiento enérgico que espondremos detalladamente en el artículo PERITONITIS.

Por otra parte, lo que indicaremos en el tratamiento de la *rotura del estómago* puede fácilmente aplicarse al de la perforacion.

(1) Véase GASTRORRAGIA.

ARTÍCULO XI.

ROTURA DEL ESTÓMAGO.

Lefevre (1) refiere siete observaciones, entre ellas una muy interesante, recogida por él, y estos hechos no dejan la menor duda acerca de una verdadera rotura. Efectivamente, como vamos á ver, todo se reúne para probar que habia en estos casos, no una *perforacion*, como en los casos precedentes, sino una solucion repentina de continuidad producida por una verdadera dislaceracion de los tejidos.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

El accidente de que se trata *no es* por fortuna frecuente en la especie humana; pero se le ve con mas frecuencia en los caballos, y Lefevre espone del modo siguiente los sintomas observados en estos animales por los veterinarios. En el curso de la enfermedad se pueden reconocer dos tiempos ó periodos distintos. En el *primero* hay dolores de tripas violentos, regurgitaciones de los alimentos ó gases por las narices, precedidas de fuertes contracciones, por las que el animal procura alargar el cuello. Este estado puede durar muchas horas. En el *segundo tiempo* cambian los sintomas repentinamente: se suspenden los esfuerzos para vomitar; el caballo no se agita, un sudor frio cubre su cuerpo, la respiracion es muy acelerada y el pulso muy frecuente y pequeño. Si el caballo está echado se levanta y sobreviene pronto la muerte. Citamos esta corta descripcion, porque refiriéndose á una rotura no dudosa del estómago en el caballo, puede servir de punto de comparacion para apreciar los sintomas observados en el hombre.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.* El doctor Stewart Allen (2) ha visto producirse una rotura del estómago en un niño de diez años; pero no dice en la observacion si el niño habia comido frutas. El doctor Lefevre ha hecho notar que en todos los casos cuya historia ha referido, se han observado en personas del *sexo femenino*, y se pregunta á si mismo si esta predisposicion no dependeria de la forma que dán al estómago los *corsés demasiado apretados*. Aunque el número de hechos es evidentemente insuficiente para resolver una cuestion de esta especie.

Las personas atormentadas por *epigastralgias* frecuentes, y aquellas cuyas digestiones laboriosas van acompañadas de un *desprende-*

(1) Lefevre (de Brest), *Recherches pour servir á l'histoire des solutions de continuité de l'estomac*, Paris, 1842.

(2) Stewart Allen, *The Lancet*, diciembre de 1845.

miento considerable de gas, parecen, segun Lefevre, mas espuestas á esta clase de solucion de continuidad del estómago. Sin pretender que esta asercion sea enteramente errónea, diremos que no se puede inferir rigurosamente de las observaciones referidas por este autor, porque en el mayor número de casos, y especialmente en las observaciones II, III y VII de su Memoria no se observaron estas condiciones particulares.

2.º *Causas ocasionales.* En todas las observaciones, la comida que ha precedido á la rotura y á la muerte habia consistido en una *gran cantidad de alimentos, las mas veces dificiles de digerir*, como avichuelas, coles, varias frutas y especialmente ciruelas; pero habiendo pasado un tiempo mas ó menos largo desde que se tomaron los alimentos han sobrevenido trastornos digestivos muy notables que no se podian atribuir mas que á una *indigestion*. Bien pudiera suceder, como es fácil de concebir, que una disposicion morbosa del estómago bastase por si sola para producir estos accidentes, sin que fuese necesaria la ingestion de los alimentos indigestos. En efecto, la causa determinante es la *indigestion*, cualquiera que sea el modo con que se produzca, y por consiguiente, la *distension del estómago* por los gases y liquidos, con *esfuerzos* mas ó menos considerables para vomitar.

§ III.—Sintomas.

1.º *Sintomas que preceden á la rotura.* En el primer caso hay verdaderos sintomas de *indigestion*, que como hace notar Lefevre, duran mas ó menos tiempo segun que el estómago presenta mas ó menos resistencia. Estos sintomas son en primer lugar un *dolor violento* en la region epigástrica con *abultamiento notable* y sensacion de *pesadez*, que segun Lefevre, los enfermos la comparan con la que produciria una *fuerte presion* en la base del tórax. En seguida aparecen náuseas, despues *esfuerzos infructuosos para vomitar*, con los que solo se consigue arrojar pequeñas cantidades de materias mucosas. *No hay evacuaciones alvinas*, y si se obtienen por medio de lavativas, están formadas de materias bien trabadas, que le han parecido á Lefevre ser el residuo evidente de digestiones anteriores. Al mismo tiempo existe grande *ansiedad*, y tal *agitacion* que los enfermos unas veces se echan sobre el vientre, algunas de espaldas y otras se revuelcan en la cama, se hacen un ovillo y no saben qué posicion guardar. Entonces se ha visto *el vientre retraido* hácia su parte media, lo que hacia resaltar todavia la tension del epigastrio. La deglucion es fácil, pero promueve casi inmediatamente náuseas y por consiguiente la espulsion de las bebidas que acaban de tomarse, que es lo que se observaba principalmente en el caso recogido por el mismo Lefevre. Cierta sugeto se quejaba de *sentir un obstáculo* que se oponia á la introduccion de las bebidas en el estómago.

Sin embargo, existe ordinariamente una *sed* muy viva, que no se