

de los miembros inferiores por suspensión del desarrollo, ó bien á una afección de la cadera (luxación congénita, coxalgia).

La escoliosis pleurítica acompaña al hundimiento de un lado del tórax consecutivo á una supuración de la pleura. Las contracturas unilaterales de los músculos espinales pueden originar una escoliosis; con frecuencia aquéllas son debidas á una afección más profunda (renal ó pleuropulmonar), ó bien son manifestación del histerismo.

Las escoliosis consecutivas á la ciática, señaladas por Albert ¹, han sido bien estudiadas por Charcot, Babinsky ², Brissaud ³, etc. Con mucha frecuencia presentan aquéllas su convexidad hacia el lado enfermo (*escoliosis cruzada*); algunas veces la convexidad se presenta hácia el lado sano (*escoliosis homóloga*): esto es lo que ocurre en la neuralgia de las ramas superiores del plexo ciático (Bruhl y Soupault) ⁴; por último, la escoliosis puede ser *alternante*.

Es necesario estudiar, además, la *movilidad* de la columna vertebral. La disminución general de la movilidad es un fenómeno fisiológico en los individuos de edad avanzada. En un grado mayor, esta rigidez indica una anquilosis de las articulaciones vertebrales debida á la artritis seca.

Cuando la rigidez está limitada á una porción del raquis, cuando es dolorosa sobre todo, indica generalmente un principio de caries tuberculosa.

La movilidad está aumentada en los casos de miopatía primitiva progresiva, antes del período de las retracciones musculares.

Es interesante, en los casos de fractura ó de tumor del raquis que comprima la médula, conocer la *relación* que existe *entre cada una de las regiones de la médula y de la columna vertebral*, á fin de prever las parálisis y comprender su patogenia.

El engrosamiento cervical de la médula se extiende de la tercera vértebra cervical á la primera dorsal. El engrosamiento lumbar, de la novena vértebra dorsal á la primera lumbar. El cono terminal comienza en la primera ó segunda lumbar.

MARCELO LABBÉ.

ABDOMEN

La *inspección* del abdomen proporciona datos, sobre todo cuando se procede además á la percusión y á la palpación. Debe hacerse primero

¹ ALBERT, *Eine eigenthümliche Art der Totalskoliose* (Wiener med. Presse, 1887, n.º 1).

² BABINSKY, *Archives de neurologie*, 1888.

³ BRISAUD, *Archives de neurologie*, Enero de 1890.

⁴ BRUHL Y SOUPEAULT, *Médecine mod.*, 1892, pág. 827.

estando el sujeto en pie, de frente ó de perfil, después en decúbito dorsal: el enfermo está echado sobre el dorso, el tronco ligeramente elevado; las piernas extendidas; debe respirar pausadamente y poner en relajación los músculos abdominales.

La *medición* del abdomen es útil para seguir la marcha progresiva ó resolutive de un derrame intra-abdominal. Se practica aquélla á nivel del ombligo, y para mayor precisión se mide además la distancia que separa el apéndice xifoides de la sínfisis púbica.

Estado normal. — Para facilitar el estudio y la descripción del abdomen se le divide artificialmente en *varias regiones*.

Imagínese:

1.º A cada lado del abdomen, una línea vertical que, pasando por la parte media del arco crural, ascienda hasta encontrar el tórax;

2.º Dos líneas horizontales y transversales situadas, una á 3,5 centímetros por encima del ombligo y la otra á nivel de las crestas ilíacas;

Y se obtendrá: por arriba, el *epigastrio* y los dos *hipocondrios*; en la parte media, el *ombligo* y los *vacíos*; por abajo, el *hipogastrio* y las dos *fosas ilíacas*.

Cada una de estas regiones corresponde á órganos diferentes: el epigastrio, al estómago; el hipocondrio derecho, al hígado; el hipocondrio izquierdo, al bazo; el ombligo, al intestino delgado y al colon transversal; los vacíos, al colon ascendente y descendente; el hipogastrio, al intestino delgado, y á la vejiga y al útero en la mujer, cuando están distendidos estos órganos; la fosa ilíaca derecha, al ciego, y la fosa ilíaca izquierda á la S ilíaca.

La piel del vientre es delgada, suave y movable, y en las personas bien musculadas deja ver el relieve de los músculos rectos.

En los niños, el abdomen es abultado y esférico; el hipocondrio derecho ofrece una ligera prominencia, debida al volumen relativamente considerable del hígado. En la adolescencia, el abdomen se deprime y llega aún á hacerse cóncavo. A partir de los treinta años, vuélvese otra vez convexo y rebasa el nivel de la pared torácica. En los viejos, conserva estos caracteres ó disminuye de volumen. En la mujer, el abdomen es ordinariamente mucho más ancho, más regularmente redondeado; el ombligo está más hundido.

Estado patológico. — El *examen clínico* debe tener en cuenta cierto número de condiciones: el estado de la piel, los movimientos de la pared, su estado de relajación ó de rigidez, la forma del ombligo, y más que todo, la forma general y el volumen del abdomen.

ESTADO DE LA PIEL. — Puede notarse *palidez* de la piel (anasarca);

hinchazón de las venas subcutáneas del lado derecho (afección hepática) ó en la línea media (peritonitis tuberculosa); *arrugamiento ó alisamiento* de la piel (ascitis); presencia de *manchas equimóticas* (embarazo ó abundante derrame anterior), de *cicatrices* (punciones de la ascitis, cauterio, sanguijuelas, vejigatorios, ántrax, etc.); la existencia de una *erupción* (manchas rosadas, sudamina, petequias, etc.).

MOVIMIENTOS. — En estado normal, y principalmente en el hombre adulto, cada inspiración da lugar á un abultamiento del epigastrio debido al empuje de los órganos abdominales por la contracción del diafragma. En la *parálisis del diafragma* (fracturas del raquis, pleuresía diafragmática), el abultamiento respiratorio es sustituido por una depresión.

Se pueden observar además otros movimientos anómalos: *pulsaciones epigástricas* (aneurisma de la aorta ó del tronco celiaco), *pulsaciones hepáticas* (pulso venoso hepático sistólico ó presistólico), *movimientos activos del feto* en el transcurso del embarazo y las contracciones de las asas intestinales en la estrangulación interna.

RIGIDEZ Y RELAJAMIENTO. — La *contractura* de los músculos de la pared unida al dolor, puede hacer sospechar una afección del órgano subyacente (apendicitis, cólico hepático, etc.). La *relajación de las paredes* se observa en la *enteroptosis*, que se presenta con mucha frecuencia en la mujer después de una ó varias gestaciones. La pared abdominal se excava; se observa á menudo una disminución del vientre, manchas equimóticas, separación de los músculos rectos, hernia umbilical, etc.

OMBLIGO. — El *ombigo* es prominente y se hernia en algunas ascitis (*hernia ascítica*); al contrario, desaparece en el anasarca.

FORMA Y VOLUMEN. — La forma y el volumen del vientre pueden indicar la existencia de ciertos estados patológicos.

El vientre está *contraído* en la inanición, el cáncer del píloro, el cólico saturnino, la meningitis tuberculosa (vientre en forma de barco). En gran número de casos, presenta una *hipertrofia* simétrica ó asimétrica.

I. *Hipertrofia simétrica.* — En la *adiposis*, el tejido conjuntivo subcutáneo del abdomen está muy infiltrado de grasa; el vientre aparece casi regularmente redondeado; unas veces hace prominencia hacia adelante, otras cae sobre los muslos formando uno ó varios pliegues transversales; el ombigo está deprimido.

El *edema* se reconoce por su desarrollo más considerable en las partes declives, por la presencia de pliegues ó de impresiones persistentes en la superficie de la piel y por la coexistencia de otros edemas. El ombigo está también deprimido.

El *meteorismo ó timpanitis* da al abdomen una forma esférica; la piel puede estar distendida, y ensanchada la base del tórax en los casos extremos. El ombigo no está deformado. La consistencia es elástica, la percusión da un sonido claro. La timpanitis puede ser parcial y ocupar la región epigástrica, la región supra ó infraumbilical, los vacíos, según que los gases se encuentren en el estómago, en el colon transversal, en el intestino delgado ó en el colon ascendente y descendente. El meteorismo se presenta en la fiebre tifoidea, la peritonitis, el histerismo, etc. Por su localización, ofrece cierta importancia diagnóstica en la dispepsia y en la oclusión intestinal.

La *ascitis* da al abdomen una forma ovoidea y regular. Cuando es considerable, la base del tórax está ensanchada, el líquido se acumula en las regiones declives, el abdomen se extiende como un «vientre de batracio,» los vacíos están ensanchados; la cicatriz umbilical se eleva y forma un pequeño tumor, blando, fluctuante y transparente. Si el enfermo cambia de posición, se echa sobre un lado, el vientre varía de forma. Cuando la ascitis es poca, es necesario, para hacerla evidente, examinar al enfermo en pie: se ve entonces que la parte inferior del abdomen forma marcada prominencia.

La ascitis se presenta en las enfermedades del hígado, y en particular en la cirrosis hepática, en las peritonitis crónicas, los tumores del peritoneo, el anasarca y todas las enfermedades que dificultan la circulación de la vena porta.

La *peritonitis tuberculosa* puede producir ascitis. Pero en su forma ordinaria, el líquido está enquistado y sólo varía de situación en los cambios de posición del enfermo; los vacíos no están abultados.

En los *quistes del ovario*, el abdomen puede adquirir un desarrollo enorme; es esférico y prominente hacia adelante; los vacíos están aplanados; generalmente, el quiste está un poco inclinado hacia la derecha ó la izquierda de la línea media y su superficie presenta algunas abolladuras que se dibujan debajo de la piel.

En el *embarazo*, el abdomen aumenta progresivamente de volumen de abajo arriba; á término, el abdomen es globuloso, redondeado, y si las paredes son suficientemente delgadas, se dibuja el dorso del feto, que forma un plano prominente, y en el lado opuesto los miembros, que están dotados de movimientos.

El *raquitismo* en los niños de teta comunica al vientre un aspecto irregular. Después de una serie de crisis de gastro-enteritis acompañadas de timpanismo, «los músculos abdominales se distienden, la línea alba se ensancha y el vientre queda abultado de un modo permanente, pero sin

ofrecer dureza:» es el vientre abultado flácido, que corresponde á un alargamiento más ó menos considerable del intestino (Marfan) ¹.

En las *enfermedades del estómago*, conviene tener en cuenta las deformaciones del abdomen. Según Hayem ², se puede reconocer observando al enfermo de frente: 1.º el abultamiento en la parte alta que corresponde á la distensión, sin descenso, del estómago, como sucede en los que comen mucho; 2.º el ensanchamiento por la parte baja, en los enteroptósicos y los obesos debilitados; 3.º la desaparición del hueco epigástrico después de las comidas en los dispépticos con ligera dilatación del estómago; 4.º el aplanamiento epigástrico con abombamiento hipogástrico en los casos de dilatación del estómago con ptosis; con frecuencia se marca la corvadura menor por una ligera prominencia transversal en la parte inferior del epigastrio.

II. *Hipertrofia asimétrica*. — El abdomen presenta en otros casos una hipertrofia asimétrica, localizada, en relación con el sitio que ocupa el órgano enfermo.

Los *tumores ó inflamaciones de la pared* (quistes, abscesos, lipomas, etc.) determinan prominencias circunscritas, adheridas á la pared, y sobre las que se puede hacer deslizar la piel.

Los *tumores del peritoneo*, los núcleos de *peritonitis crónica* localizada, pueden igualmente manifestarse debajo la piel. Lo mismo ocurre en ciertos *tumores de la cara anterior del estómago*, del *intestino grueso ó del intestino delgado*.

La *prominencia del hipocondrio derecho* indica generalmente una afección hepática. Cuando es muy considerable, las costillas falsas son repelidas hacia afuera y el tórax pierde su simetría.

El borde inferior del hígado raramente es visible, aun en las hipertrofias considerables de este órgano, á causa de la rotación que entonces sufre en torno de su eje transversal, y que lo lleva hacia atrás. No obstante, cuando las paredes abdominales son muy delgadas y la luz llega al enfermo desde la cabecera de la cama rasando el vientre, se puede percibir el borde inferior del hígado que se distingue por sus movimientos de ascenso y descenso á compás de la espiración é inspiración.

Los tumores limitados de la cara anterior ó del borde anterior del hígado (quiste hidatídico, cáncer, hipertrofia de la vejiga biliar, absceso, etc.) son ordinariamente más visibles que las hipertrofias regulares de aquel órgano.

¹ MARFAN, *Le gros ventre des nourrissons dyspeptiques et l'allongement de l'intestin* (Rev. mens. des maladies de l'enfance, Febrero de 1895).

² G. HAYEM, en G. LION, Los signos objetivos de las afecciones estomacales (Arch. gén. de médecine, 1895).

En el *hipocondrio izquierdo*, el bazo queda generalmente escondido detrás de las costillas falsas; para que sea visible, es necesario que esté considerablemente hipertrofiado. Se observa entonces una dilatación limitada de la base del tórax en el lado izquierdo y una prominencia prolongada, perceptible debajo de la piel que desciende oblicuamente á la fosa iliaca izquierda, hacia el pubis. Esta prominencia, producida por el bazo, varía ligeramente de lugar cuando el enfermo cambia de posición; además, lo mismo que el hígado, se eleva y desciende con los movimientos respiratorios. Estas enormes hipertrofias del bazo se observan en el *paludismo crónico*, la *linfadenia*, los *tumores del bazo* (quiste hidatídico, cáncer). Cuando *el hígado y el bazo presentan á un mismo tiempo una hipertrofia enorme*, el abdomen está muy ensanchado en su parte superior y toma el aspecto de un corazón de naipes franceses (cirrosis hipertrófica biliar, linfadenia).

En ciertos casos, no hay que dejarse engañar por el sitio en que se presenta la tumefacción y recordar que una *hidronefrosis*, un *tumor de los planos profundos*, un *quiste hidatídico del peritoneo*, lo mismo que un *embarazo extrauterino* pueden producir prominencias en los hipocondrios.

Por último, deberán explorarse, aunque sea rápidamente, las *regiones herniarias* inguinal, crural y umbilical, para no pasar por alto una pequeña hernia y sobre todo una hernia estrangulada.

Región lumbar

Normalmente, la región lumbar representa una superficie plana de arriba abajo, convexa de delante atrás.

Esta región puede sufrir modificaciones en su forma, que generalmente indican una afección renal.

La inspección del enfermo en *decúbito lateral* sólo permite reconocer las deformaciones considerables debidas á un neoplasma voluminoso ó á una supuración renal ó peri-renal.

En estos casos, el abultamiento, exclusivamente lumbar, se distingue del consecutivo á una pleuresía purulenta, que es más bien costal, y del producido por un tumor del hígado ó de la vejiga biliar, que generalmente es más notable en la parte anterior.

Los tumores del bazo forman más bien prominencia en el costado.

El aplanamiento de la región lumbar, cuando el riñón se ha dislocado, se aprecia mejor estando el enfermo colocado en posición genu-pectoral, vuelto el dorso hacia la luz. Comparándolo con el lado sano, sobre todo

en los sujetos flacos, se puede algunas veces apreciar por debajo de las costillas falsas una verdadera depresión en forma de hachazo.

MARCELO LABBÉ.

MIEMBROS

Límites y divisiones del asunto.— Este capítulo está en general muy abreviado en los tratados de semiología. Conocida es, no obstante, la importancia que el examen de los miembros tiene en clínica médica: rápidamente, cuando menos, debe practicarse en toda enfermedad aguda ó crónica, aun en los casos en que el enfermo no llame sobre ellos la atención del médico. En los brazos ó en las piernas se encontrarán algunas veces las huellas de una enfermedad anterior no mentada en los antecedentes: si se trata, por ejemplo, de un amputado por tumor blanco, fácilmente se comprenden las deducciones que se desprenden de la sola idea de la amputación; — ó bien se comprobarán los signos evidentes de un estado diatésico como el reumatismo, de un trastorno de la nutrición como el raquitismo, de una localización nerviosa coincidente, de una sífilis no confesada. Será éste el único medio, no solamente de obtener un diagnóstico completo, sino aun de conocer la enfermedad general contra la que es necesario dirigir la terapéutica. Por último, muchas afecciones artríticas ó nerviosas, sobre todo crónicas, se manifiestan al principio por lesiones que radican en los miembros: sobre ellas tendremos que insistir. Ya en este orden de ideas, recordemos el interés que entraña una artropatía precoz de la tabes.

Dejaremos á un lado las determinaciones cutáneas, las atrofiás musculares, que son objeto de otros tantos capítulos de este Manual. La posición vertical, la marcha, la motilidad, la sensibilidad han sido ó serán tratadas en otro lugar.

Con la sola inspección atenta de los miembros, se pueden formular muchos diagnósticos *de visu*. Bastará que citemos la gota, el reumatismo crónico, la parálisis infantil, la siringomielia, la acromegalia, etc. En algunos casos, habrá que recurrir á la medición para ampliar los datos que la inspección proporcione.

Como puede verse, son numerosas y variadas las observaciones que se pueden recoger del examen de los miembros; las dividiremos en tres grupos: 1.º atrofia y suspensión del desarrollo; 2.º hipertrofia y exceso de desarrollo; 3.º deformidades. Este último grupo es, como se comprende, el más importante, puesto que abarca las osteopatías, las artropatías y las

actitudes viciosas. Los dos primeros, muy interesantes desde el punto de vista embriológico, lo son mucho menos desde el clínico, que es al que debemos referirnos. Como preliminar creemos útil exponer algunas generalidades.

Generalidades.—1.º INSPECCIÓN.— En tanto que sea posible, es necesario examinar los dos miembros en conjunto; es el único modo de observar una ligera atrofia muscular, como la que puede producir una ciática, ó una deformidad debida á un *genu valgum*. Otra razón existe aún para hacer indispensable este examen de conjunto: es que, según la fórmula de A. Broca, «á toda desviación de un segmento corresponde una desviación opuesta de los segmentos vecinos.» Por otra parte, siempre que se sospeche la existencia de alguna modificación que se separe en algo del estado normal, es necesario examinar al sujeto completamente desnudo, porque hasta el tronco está con frecuencia interesado; por ejemplo, en la coxalgia.

Se deberá también examinar, en ciertos casos, la parte posterior de los miembros inferiores, indicando al enfermo que se coloque en decúbito ventral; deberáse estudiar también el dinamismo, pero sólo tenemos que tratar, en este artículo, del estado estático. Se observará la dirección de los ejes de cada segmento, las prominencias, la morbidez (exageración ó disminución), los puntos de referencia óseos y los pliegues articulares ó no articulares.

Una misma deformidad tendrá distinto valor diagnóstico, según sea unilateral ó bilateral, según se presente en uno de los miembros superiores ó en los inferiores, ó bien según revista la forma hemipléjica.

Algunas veces la inspección de los miembros sirve solamente para completar las nociones adquiridas por la inspección del tronco y de la cabeza. Nada diremos, por tanto, de la edad, del sexo, del temperamento ni del estado social. Es inútil recordar las diferencias que ofrecen en su aspecto los miembros pelvianos ó los miembros torácicos, en la mujer (amplitud de las caderas, redondez y finura de los contornos),—en el niño (miembros regordetes, casi abotagados, con pliegues en la muñeca en los recién nacidos bien constituídos, etc.),— en el individuo musculoso (atleta),— en el linfático.

El volumen de los miembros no se debe única y exclusivamente al grado de musculatura: es necesario también tener en cuenta el espesor variable del tejido celular subcutáneo; la palpación es necesaria para hacer esta apreciación.

Algunos individuos permanecen flacos aun en estado de salud (ciertos artríticos ó nerviosos).