

sion del pecho. En algunos puntos, sobre todo por detrás, en el vértice ó en la parte media, estertor simulando el gorgoteo; respiracion áspera, ligeramente sibilante, próxima á veces á la cavernosa á consecuencia de la dilatacion de los bronquios. Empobrecimiento general como en la tisis; no hay sino signos dudosos de cavernas; la lesion es ordinariamente doble, igual en ambos lados, y tan pronunciada en la parte media de los pulmones como en el vértice; en fin, sobreviene en edad mas avanzada que en la que se presenta la tisis. Es cierto que los viejos se hacen tísicos, pero se forman en ellos cavernas con mucha facilidad y que se conocen con certeza.

Dilatacion de los bronquios.— Esta enfermedad simula generalmente la tisis. Causas: edad avanzada, pleuresias, neumonías repetidas ó que han pasado al estado crónico, bronquitis crónicas. Mecanismo, traccion excéntrica ejercida por las alteraciones pleuríticas sobre el pulmon, ó bien atrofia del órgano por absorcion intersticial. Esta afeccion rara vez es doble: un pulmon disminuye de volumen, mientras que el otro se ensancha y sobresale en la otra mitad del torax (Barth).

Caractéres: antes del desarrollo de la afeccion hay una ó dos afecciones inflamatorias torácicas, como neumonia, pleuresia, bronquitis.—No hay dolor; dificultad de la respiracion, decúbito sobre el lado sano; tos gruesa, húmeda, por quintas, esputos purulentos en cantidad de 3 á 400 gramos por dia, deformacion y atrofia de una mitad del pecho, respiracion debilitada ó áspera, bronquial ó cavernosa.

Diferencias con la tisis: está situada en la parte media ó inferior de un solo pulmon, rara vez hay cavernas por delante, ni tampoco hemoptisis; el aspecto exterior no es el de la tuberculizacion; el tinte de la piel se conserva fresco, y las fuerzas persisten mucho tiempo. Conmemorativos; enfermedades inflamatorias de los órganos pulmonares con mas ó menos anterioridad. En todos los casos es muy difícil el diagnóstico.

LIBRO TERCERO.

ENFERMEDADES DEL ABDÓMEN.

Con este nombre comprendemos todas las afecciones de los órganos abdominales y las enfermedades que, sin residir quizás completamente en el abdómen, tienen al menos en este punto sus localizaciones mas importantes; tales son: las afecciones puerperales, ciertas enfermedades de los riñones, la misma ascitis. Estas diversas enfermedades, y otras que pudiéramos enumerar, son abdominales por sus principales manifestaciones mas bien que por su origen.

Indicarémos primero de un modo breve las principales disposiciones anatómicas de la cavidad abdominal, y las reglas que deben seguirse para la exploracion de las diversas enfermedades de esta parte del cuerpo; pasaremos despues al estudio de los signos de estas enfermedades, los que naturalmente se dividen en tres grupos: signos deducidos por el hábito exterior ó del cuerpo, signos locales, signos lejanos ó generales; terminando, como en los libros precedentes, por un resumen que contendrá la enunciacion pura y sencilla de los principales signos de las afecciones abdominales.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS SOBRE EL ABDÓMEN.

La pared abdominal anterior, única que puede explorarse, presenta disposiciones que varían segun la edad y el sexo.

En los niños de poco tiempo, el abdómen es muy voluminoso y como globular; el ombligo está situado muy bajo. En los niños de cuatro á seis años es todavía grueso y saliente, pero menos pronunciado; en la adolescencia desaparece esta prominencia, dando lugar á un aplastamiento completo, y algunas veces hay una excavacion ó concavidad; hasta esta época son poco características las diferencias entre los niños y niñas, pronunciándose á partir de la pubertad.

En los hombres adquiere desarrollo el abdómen de los diez y seis á los veinte y ocho ó treinta años, porque entonces funcionan con mucha energía los órganos digestivos; pero, partiendo de esta época, los intestinos se desarrollan, y la pared torácica se eleva hasta el nivel del plano torácico; el vientre se hace entonces convexo de arriba abajo y en sentido transversal; el ombligo está por lo general

deprimido y ocupando la parte mas saliente de la convexidad; existe siempre una depresion en el epigastrio, en la separacion de los cartilagos costales (horquilla); un pliegue mas ó menos profundo al nivel de la íngle limitando el muslo y el abdómen; por último, los vacíos están siempre un poco hundidos y las caderas salientes. En la virilidad confirmada, el abdómen se eleva por encima del plano de la pared torácica, haciéndose á veces muy prominente, sobre todo en la region subumbilical. En los hipocondrios, las partes blandas sobrepasan los límites de la cresta de los ileos. En los viejos conserva el abdómen estos caractéres, ó disminuye de volúmen.

En las mujeres, á partir de la pubertad, el abdómen se hace voluminoso y mas ó menos saliente, regularmente redondeado, deprimido en el epigastrio, pero poco en los hipocondrios; el ombligo ocupa el centro, y está siempre considerablemente hundido. En las que han parido está por lo general un poco mas grueso y mas flojo.

Los sujetos obesos tienen muy abultado el abdómen, saliendo algunas veces directamente hácia delante ó cayendo sobre la íngle, y presentando uno ó muchos pliegues transversales.

En el estado de salud, la consistencia de la pared abdominal es la de un cuerpo blando, dejándose deprimir fácilmente y permitiendo la exploracion de sus órganos interiores. En los niños de poca edad está generalmente duro, y esta exploracion es casi siempre imposible.

Los músculos, la piel y una capa grasosa constituyen sus paredes. En la mujer, el tejido celular es considerable, haciendo siempre difícil el exámen de los órganos profundos. En los hombres los músculos rectos están siempre próximos; en las mujeres que han tenido hijos están siempre separados, formándose por los esfuerzos una saliente entre ellos ocasionada por los intestinos comprimidos. El gran diámetro vertical es mas ancho al nivel del ombligo que en sus extremidades (eventracion, separacion de la línea blanca). Lo mismo sucede en los dos sexos, despues de una notable distension del abdómen por una aseítis, un tumor, etc.

La sonoridad del abdómen es débil en la parte media ó umbilical que corresponde al intestino delgado, siendo mayor en los vacíos y en el epigastrio por la presencia del cólon y del estómago, que están siempre distendidos por gases.

El estómago no corresponde siempre al epigastrio, como generalmente se dice; no se pone en relacion con la pared abdominal, sino en el estado de plenitud, en cuyo caso su gran curvadura se dirige hácia delante; en el estado de vacuidad pierde todo contacto con

esta pared, y le reemplaza el arco del cólon. El intestino delgado ocupa la region umbilical é hipogástrica, y el cólon llena los hipocondrios y la mayor parte del epigastrio. En el estado normal está el bazo debajo de las costillas falsas izquierdas, inaccesible al tacto y frecuentemente á la percusion: cuando se le encuentra por este último medio exploratorio, da una macidez de seis á ocho centímetros de altura por cuatro de ancho próximamente. El hígado no se siente al tacto, ni pasa de las costillas del lado derecho; pero hace una salida y ofrece una resistencia en la region epigástrica que no debe confundirse con el estómago; se extiende mas ó menos hácia el hipocondrio izquierdo. Empieza una macidez á la derecha hácia la cuarta costilla, descendiendo hasta la base del torax, donde se detiene de repente. En algunas mujeres la presion del corsé estrangula este órgano, haciéndole descender en parte por debajo de las costillas falsas, y algunas veces hasta la fosa ilíaca. No se sienten nunca la vejiga de la hiel y el páncreas. Los riñones están muy profundos para ser limitados por la palpacion, y si se les puede circunscribir por la percusion por detrás, solo es de un modo oscuro; pues toda la region posterior del abdómen da sonido casi macizo. La vejiga está siempre completamente oculta por el pubis, y no lo sobrepasa sino en el estado de distension. La aorta se percibe por una fuerte presion, pero solamente cuando está relajada la pared abdominal.

REGLAS QUE DEBEN SEGUIRSE EN EL EXÁMEN DE LAS ENFERMEDADES DEL ABDÓMEN.

Unas son relativas al enfermo, y otras al médico.

1.º Debe hacerse acostar de espaldas al enfermo; se levanta la camisa teniendo cuidado de cubrir los miembros inferiores y la region del pubis; se descubre la base del pecho, con el objeto de comparar el abdómen y el torax, y se hace tomar diversas actitudes al enfermo; pero la que mejor se presta á la exploracion es la siguiente:

Acostado, como hemos dicho, el enfermo, se sostiene y eleva el pecho con almohadas, apoyada la cabeza, la boca abierta, las piernas dobladas sobre los muslos, estos sobre la pélvis, y los brazos extendidos á lo largo del cuerpo; debe recomendarse la quietud, respirar con libertad abriendo la boca, y *no agitar* la pared abdominal por la respiracion.

2.º El médico, colocado á un lado de la cama, examinará primero la pared abdominal; despues, colocando las dos manos sobre el abdómen, sin hacer ninguna presion, las apoya en seguida ligeramente

con el objeto de que los músculos se acostumbren á este contacto, porque una presión brusca los hace contraer espasmódicamente, y la pared abdominal se pone rígida como una plancha: cuando existe esta disposición, se comprimen ligeramente los músculos con la palma de la mano, friccionándolos en diversas direcciones de modo que cedan y se relajen, pudiendo entonces palpar profundamente y aun con una presión bastante considerable. La palpación se hace con la extremidad de los dedos reunidos ó separados, pero siempre sobre anchas superficies; de otro modo se provocaría dolor y contracciones musculares. Las dos manos deben obrar, sea alternativa, sea simultáneamente, explorando primero de un modo general, para detenerse despues en lo que puede parecer anormal. Algunas veces es necesario ejercer una fuerte presión, cuando se trata de determinar gorgoteo ó percibir una elevación anormal. Este procedimiento es indispensable cuando se trata de una ascitis, pues deprimiendo bruscamente, se escapa el líquido bajo los dedos; cuando existe un infarto de un órgano, se advierte un obstáculo que impide que los dedos avancen. De este modo se reconoce el aumento de volumen del hígado y del bazo en los casos de hidropesía peritoneal.

Es frecuentemente útil el que los enfermos tomen posturas diversas y retenerlos algun tiempo en varias colocaciones, con el objeto de apreciar la fijeza ó movilidad de ciertas partes. Tambien se hace de otro modo la palpación, que aun no ha recibido nombre; queremos hablar de la que da por producto la *fluctuación*; para obtener el *choque*, se coloca la mano, por toda su superficie palmar, en el lado opuesto del abdomen al que se está colocado, y con un dedo de la otra mano se dan golpes mas ó menos fuertes; tambien pueden colocarse las manos en sentido inverso, segun los casos. Cuando la fluctuación no se siente bien de este modo, se deben aproximar las manos, y algunas veces se siente el choque en un punto muy próximo á aquel en que se percute; es necesario en este caso no tomar por fluctuación el movimiento de ondulación que se comunica á la piel y al tejido celular. Esta palpación ha recibido de M. Tarral el nombre de *percusión periférica*, en oposición á la precedente, á la que ha llamado *percusión diametral*: segun este médico, puede ejecutarse con una mano sola; en efecto, el pulgar y el dedo medio de una mano pueden ser los encargados de recibir la sensación, mientras que el indicador de la misma mano verifica la percusión: este procedimiento es útil en los derrames abundantes.

Por último, la palpación tiene ademas otra forma en el *tacto*, sea vaginal, sea rectal.

El tacto vaginal puede verificarse estando la mujer acostada ó de

pié, ejecutando el tacto en esta posición, el peso hace á los órganos de la excavación pelviana mas accesibles y mas fáciles de explorar.

Para practicar el tacto estando la mujer de pié, se apoyará contra un mueble ó la pared, y separará los muslos. El médico pone la rodilla derecha en el suelo é introduce bajo las ropas la mano derecha llevando el índice untado de cerato ó aceite, se hará deslizar el dedo de atrás adelante por el repliegue interglúteo y de este modo penetrará en la vagina. De este modo se puede apreciar la configuración, el estado liso ó granuloso del conducto, la posición del cuello uterino, su consistencia, la mayor ó menor dilatación del orificio, el estado de las inserciones útero-vaginales, la presencia de tumores ó de colecciones fluctuantes, el peloteo fetal, etc.

Para practicar el tacto estando la mujer acostada, se coloca el explorador á la derecha, y haciendo levantar á la enferma el muslo derecho, penetrará el dedo en la vagina de atrás adelante siguiendo el pliegue glúteo. Este procedimiento es preferible al que consiste en hacer el tacto colocando su mano por delante y paralela á la dirección de los muslos; no expone á titubear entre los pliegues de los grandes y pequeños labios y el clitoris. Además debe de elevarse un poco la pelvis, lo que facilita la exploración (Stoltz, Behier).

Es con frecuencia muy útil combinar el tacto vaginal practicado con una mano con la palpación abdominal ejecutada con la otra.

El tacto rectal no tiene reglas especiales, generalmente se le practica estando la mujer acostada de lado, un muslo extendido y el otro doblado en ángulo recto sobre la pelvis.

La *percusión* completa la investigación por el tacto, debiendo de alternar y concurrir los dos medios de exploración,

La *mensuración*, la *auscultación* y la *sucusión* no se emplean sino en casos particulares: solo las nombramos aquí como recuerdo.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LAS ENFERMEDADES ABDOMINALES.

El *hábito exterior del cuerpo*, los *signos locales* y los *lejanos*, forman la reunión de caracteres propios de las enfermedades abdominales.

CAPÍTULO PRIMERO.

DEL HÁBITO EXTERIOR DEL CUERPO.

Hay muchos tipos de afecciones abdominales.

En las enfermedades *con dolor y fiebre* (peritonitis, hepatitis, disentería, cistitis, los enfermos están acostados de espaldas ó de la-