

Cuando es general, da al abdómen un volúmen á veces considerable, forma globulosa, simétrica, con proyeccion hácia delante, borrándose las salientes de las costillas y de los huesos de las caderas; la base del torax no se dilata sino en los casos extremos; la piel está algunas veces tensa, reluciente, y parece que va á romperse; el ombligo no está casi nunca saliente. La pared abdominal ofrece al tacto una resistencia elástica é igual; se pueden reconocer las partes tensas ó mas duras formadas por los músculos ó por tumores sólidos; pero este carácter es independiente de la timpanitis misma. Hay poco dolor, á no ser que exista una distension exagerada de los intestinos ó una inflamacion peritoneal.

Cuando se aumenta mas todavía, se determina la ascension del diafragma y ensanche de la base del pecho, y por consecuencia dificultad de la respiracion y de la circulacion, pudiendo determinar la asfixia: hemos visto morir de este modo una jóven afectada de fiebre tifoidea, y en la que la parte convexa del diafragma subia hasta la tercera costilla.

La percusion produce un sonido claro y timpánico, siendo fácil la apreciacion de este fenómeno en los casos extremos, no siendo tanto cuando la timpanitis es parcial ó incipiente. Se recordará, sin embargo, que en el estado normal da el abdómen un sonido oscuro y de un timbre ligeramente metálico ó humórico en toda la extension; de lo cual debe deducirse que la claridad del sonido con cierto desarrollo de la cavidad es indicio de una timpanitis incipiente. En las distensiones considerables la sonoridad asciende hasta el pezon; el hígado está rechazado hácia arriba y atrás, y disminuye la altura de la macidez.

El sonido claro de la timpanitis era ya conocido desde los tiempos de Morgagni. Este ilustre anatómico dijo con mucha claridad en su carta trigésimo octava, que este carácter servia para distinguir la timpanitis de la ascitis, que no da apenas sonido. J. P. Franck empleaba tambien este signo<sup>(1)</sup>, y recientemente Rostan y Piorry han indicado por completo su valor.

Aunque en la gran mayoría de los casos los órganos distendidos por gases dan un sonido claro á la percusion, debemos indicar una circunstancia en que esta sonoridad especial se encuentra completamente modificada.

Hemos observado en una jóven histérica cuyo estómago distendido extraordinariamente formaba una elevacion que marcaba cla-

(1) J. P. Frank. *Traité de médecine pratique*, traducida por Goudareau.—Paris, 1842, t. II.

ramente sus contornos, y daba un sonido completamente macizo. El sonido se hacia timpánico cuando la distension era menor. Este fenómeno se comprobó muchas veces, y encuentra su explicacion en el hecho fisico indicado por primera vez por Skoda, y es que una membrana distendida considerablemente por el aire que contiene, vibra con mas dificultad y produce un sonido menos claro á la percusion. Hemos tenido ocasion de invocar esta ley á propósito de los fenómenos suministrados por la auscultacion del pecho.

Cuando existe líquido en los intestinos, los enfermos experimentan borborignos y se percibe entonces, en diferentes puntos, un sonido hidro-aéreo ó hidro-neumático mas ó menos marcado.

La forma del abdómen no varía, ni tampoco el lugar de la sonoridad, cuando el enfermo varía de posicion.

La timpanitis parcial ocupa la region epigástrica, la supra ó infraumbilical, los vacíos, segun se sitúe el gas en el estómago, en el cólon transverso, en el intestino delgado ó en el cólon ascendente ó en el descendente.

Cuando la timpanitis ocupa particularmente el intestino delgado, se manifiestan sus circunvoluciones á través de la pared abdominal, cambiando de sitio cuando el aire se pone en movimiento por las contracciones intestinales.

La sonoridad se coloca sobre la macidez cuando hay ascitis.

Cuando hay tumefacción, adherencia de las asas intestinales, la sonoridad es profunda, difícil de percibir á veces, y mezclada con la macidez cuando hay tumores (tubérculos ú otros).

Los gases son lanzados con frecuencia por la boca ó por el ano: unos son completamente inodoros, otros están cargados de ácido sulfhídrico, gas nitroso, hidrógeno carbonado, pudiendo algunos inflamarse.

La produccion de estos gases puede ser lenta ó rápida; algunas veces se produce el meteorismo de repente, en algunas horas ó aun en minutos, habiendo en algunos casos alternativas de elevacion y depresion del abdómen.

La timpanitis se disipa, sea por la expulsion de los gases, sea por su absorcion; en algunos enfermos se ve que, sin expulsion de gas, se deprime el vientre, quedando en su situacion anormal; es necesario entonces admitir que los gases se han absorbido y entran en la sangre de un modo condensado.

La timpanitis no dura sino algunos dias ú horas, ó bien es permanente y dura semanas y meses.

Va acompañada algunas veces de diarrea, vómitos, estreñimiento ó ascitis.

*Causas.*—La secrecion exagerada, ó la falta de excrecion de gases, constituye la doble causa de la timpanitis. Hay casos en que los gases se producen de un modo exagerado, lo que, por ejemplo, sucede en el histerismo, en el que se ve el estómago ó el intestino henchido de gas, presentándose eructos espontáneos y continuos durante horas y dias enteros. En otros casos iguales se ven desaparecer poco á poco los gases ó de un modo repentino.

Otro mecanismo preside tambien á la produccion de esta afeccion; queremos hablar de la *retencion*. Se verifica siempre que existe un obstáculo al curso de las materias, ya exista en el intestino, ya fuera de él; ó bien una parálisis de la túnica muscular que impide la contraccion del tubo digestivo, y por último, una simple atonía del órgano que da á los movimientos una gran lentitud.

Todo tiende á probar que es la parálisis ó atonía de las fibras musculares del intestino y no la hipersecrecion de gases la causa principal, sino única de las neumatosis intestinales. En el estado normal, la elasticidad de las fibras musculares intestinales está en oposicion constante con los gases que tienden á dilatar el intestino. Cuando esta tonicidad se debilita, los gases distienden las paredes que les contienen. Este estado paralítico de los músculos depende unas veces de causa nerviosa, repentina (histeria, emocion), otras de una alteracion de la mucosa que cubre la túnica muscular (catarro, enteritis), ó por una lesion de la serosa (peritonitis). Sabido es que los músculos participan directamente de las alteraciones de nutricion de sus cubiertas, sean mucosas ó serosas (Virchow).

La tonicidad de los músculos abdominales contribuye á la contencion de los gases intestinales; estos músculos pierden su elasticidad y se hacen perezosos en ciertos estados de debilidad general, sobre todo en las formas adinámicas de la fiebre tifoidea, de la infeccion puerperal, etc. La tonicidad abdominal se encuentra en estos casos pervertida, se produce la timpanitis y constituye una buena medida del progreso de la adinamia (Spring).

*Diagnóstico diferencial.*—Se debe distinguir la timpanitis intestinal de la del útero y de la del peritoneo.

*Timpanitis uterina, Fisometra.*—Antes de establecer el diagnóstico de esta afeccion, se debe averiguar si existe en realidad, y por consiguiente, si debe colocarse en paralelo con otras neumatosis abdominales.

Se describen muchas especies de neumatosis uterinas; pero parece hoy casi demostrado que no hay ninguna real, á no ser la que puede suceder al parto. Se concibe, en efecto, que en estas circunstancias el órgano se preste fácilmente á la dilatacion, porque sus

paredes están todavia distendidas, blandas y susceptibles de poca resistencia, en cuyo caso pueden los gases, acumulándose y ejerciendo una presion excéntrica, reproducir el volúmen que poco antes tenia el órgano. Pero no podemos comprender que en el estado de vacuidad puedan los gases sobrepasar la rigidez de la fibra muscular de este órgano y obligarle á adquirir dimensiones, aunque sean poco considerables; rechazamos, por lo tanto, hasta que se demuestre lo contrario, las timpanitis uterinas independientes del embarazo ó del parto.

Esta timpanitis reconoce por causa la obliteracion momentánea del cuello del útero, por coágulos, membranas ú otros cuerpos. La sangre, el detritus de la placenta, los líquidos contenidos en el útero, entran entonces en fermentacion pútrida, y producen gases que distienden el órgano. Deneux ha sido testigo de los dos casos citados por Chomel pertenecientes á este género: uno sobrevino al quinto dia despues del parto, no mencionándose la época del otro.

Cuando se practica el tacto, ó la enferma hace algun esfuerzo ó movimientos violentos, el obstáculo se separa y el gas sale ruidosamente y algunas veces durante algun tiempo. Los gases tienen por lo general olor fétido, pudiendo á veces inflamarse al contacto de la llama de una bujía. Tal fué lo que sucedió en un caso en que Leduec tuvo que extraer con el gancho el cuerpo de un feto en putrefaccion. La salida del gas alivió la enferma é hizo desaparecer todos los accidentes; pero pueden reproducirse.

Los accidentes que determinan son: cólicos, disnea, agitacion, algunas veces fiebre; pueden acompañar fenómenos pútridos si la retencion es muy prolongada.

Se señalan como medios de diagnóstico los siguientes caracteres, de los que algunos nos parecen un poco teóricos: tumor hipogástrico, semejante al del embarazo, elástico, ascendiendo algunas veces, aunque raras, hasta el ombligo, sonoridad timpánica; por el tacto se conoce la distension del útero y su *ligereza*; por la introduccion del dedo en el cuello, salida á veces rápida de gases fétidos inflamables.

Se ha dicho que esta afeccion podia desarrollarse en los casos de cáncer ulcerado del útero. Pomme asegura haberle encontrado como sintoma histerico. No creemos en los accidentes de esta especie á causa de la rigidez de las paredes uterinas en el estado de vacuidad del órgano. Se tratará probablemente de gases contenidos en la vagina. MM. Stoltz y Nægele han negado de un modo absoluto la fisometria fuera del parto, á nuestro juicio con razon. No hay, pues, lugar á establecer el diagnóstico de una enfermedad imaginaria.

*Timpanitis peritoneal. Neumatosis del peritoneo.*—No hace todavía mucho tiempo que se creía que la cavidad del peritoneo era el sitio exclusivo de la timpanitis; las autopsias mal hechas ó los casos de perforacion intestinal dieron lugar á este error; las investigaciones modernas demuestran, por el contrario, que no hay ni un caso auténtico de neumatosis del peritoneo. En las autopsias se encuentra constantemente el intestino notablemente distendido, aproximado á las paredes abdominales y dispuesto á hacer hernia á la menor abertura que se practique; además se sabe que las cavidades serosas no segregan gases; puesto que no podrian penetrar en ellas sino por perforaciones. Pues bien, ni aun en este caso habria timpanitis peritoneal. Se sabe cuán frecuentes son las perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea, y sin embargo nunca se han encontrado gases, y sí solo algunas gotas de líquido. Será quizá difícil explicar este hecho de un modo satisfactorio, pero es real; y autoriza á decir que no hay timpanitis peritoneal.

No queremos, sin embargo, ser exclusivos, y recordáremos, con Chomel, que Combalusier y Baldinger han citado cada uno una observacion que parece referirse á una verdadera neumatosis peritoneal, encontrándose además el hecho siguiente en las *Memorias de la Sociedad de biología*.

M. Cazeaux ha observado en una parturiente lo siguiente: «En un espacio que tenia poco mas de 15 á 16 centímetros de anchura, por 10 á 12 de alto, estaban separadas las paredes abdominales de la uterina por una capa de gas de un través de dedo de espesor durante la contraccion, y que parecia reducirse á la mitad durante el intervalo de los dolores. La percusion daba un sonido claro en toda la extension de esta capa, y mate en el resto del tumor uterino. Deprimiendo bruscamente con el dedo la pared abdominal, se sentia deslizarse con facilidad la capa gaseosa, llegando hasta el tejido duro del útero. Se percibia, en una palabra, una sensacion igual, bajo varios conceptos, á la que se obtiene cuando en la hidropesia de la rodilla se comprime bruscamente sobre la cara anterior de la rótula (1).»

Á la mañana siguiente no habia indicios de gas; la enferma estaba en vía de buen restablecimiento, á pesar de que el parto habia sido laborioso. M. Cazeaux cree que el gas estaba en el peritoneo y no en el intestino. ¿Provendria del exterior por una perforacion de la vagina y del peritoneo, ó de la cavidad uterina por el intermedio de las trompas? ¿Seria el resultado de una secrecion anormal? Esta última suposicion ha parecido la mas verosímil.

(1) *Mém. de la Soc. de biol.*, primera série. Paris, 1849, p. 161.

Concluirémos resumiendo que, como esta lesion es escesivamente rara, no debe preocuparnos en el diagnóstico de la timpanitis, fuera de los casos de parto.

*Enfermedades en que se presenta la timpanitis intestinal.—Valor diagnóstico.*

La timpanitis reconoce por causa: el histerismo, hipocondría, dispepsia, diversas especies de peritonitis, la fiebre tifoidea, la estrangulacion interna, el cáncer del estómago; su coincidencia con la peritonitis explica por qué va acompañada tan frecuentemente de derrames ascíticos.

**Histerismo.**—La timpanitis puede hacerse importante elemento de diagnóstico en el histerismo, cuando la enfermedad no se manifiesta sino por ataques convulsivos. Si una mujer se queja de dolores epigástricos y sobreviene una timpanitis estomacal, se supondrá esta afeccion. Se confirmará el diagnóstico si se queja la enferma de sensacion de *plenitud*, y no puede resistir la presion de los vestidos; ni experimenta una sensacion de constriccion que se eleva desde el estómago á la garganta (bola histérica), ó recorre el abdómen (globo histérico, nudosidades intestinales); si sobrevienen eructos abundantes de gases inodoros; por último, si todos estos fenómenos se reproducen sin fiebre y sin alterarse ninguna funcion importante. Estos accidentes se terminan por gritos, suspiros, llantos, orinas abundantes é incoloras, sucediendo á esta crisis abatimiento ó prostracion mas ó menos grande. Esta reunion de fenómenos constituye un ataque histérico sin convulsion, un ataque de *vapores*; especie de pequeño drama, que parece tener por punto de partida la timpanitis estomacal ó intestinal, que comienza por la produccion del gas y termina con la desaparicion de este flúido. La expresion de vapor, consagrada á los accidentes de esta naturaleza, parece indicar en efecto que se ha considerado siempre el gas intestinal como el origen de todos estos fenómenos (1).

Los **hipocondríacos** están sujetos á fenómenos que tienen gran semejanza con los precedentes.

**Dispepsia.**—Los enfermos que padecen dispepsia conservan por lo general el apetito; el sabor de boca no es ni salado, ni amargo;

(1) Pomme, *Traité des affections vaporeuses*, 4.<sup>a</sup> edición, 1769. Trousseau y Pidoux, *Thérapeutique et matière médicale*, 7.<sup>a</sup> edición, 1862, t. II, p. 508.

pero sienten una cosa penosa en el epigastrio, tumefaccion despues de la ingestion de los alimentos, teniendo necesidad de aflojarse la ropa; la digestion es larga, penosa, acompañada de cólicos, de borborigmos, evacuaciones por arriba y por abajo de gases abundantes, de olor nitroso ó sulfhídrico, habiendo por intervalos estreñimiento y diarrea, pero lo primero mas comunmente. Apirexia, laxitudes frecuentes, tristeza, cefálea, dificultad de trabajar intelectualmente. Todos estos accidentes disminuyen por la dieta, y reaparecen cuando se vuelve demasiado pronto á tomar bebidas y alimentos.

El meteorismo es un síntoma casi constante de la fiebre tifoidea, y que se manifiesta desde el principio de la enfermedad. Al principio de la afeccion su sitio es la parte inferior del intestino delgado, y tiende, segun todas las probabilidades, á la retencion de los gases por la tumefaccion de la válvula ileo-cecal; así es que ocupa no solo los vacíos y el epigastrio, sino la region infra-umbilical (Bouillaud). Hemos demostrado gran número de veces la exactitud de este hecho, y no creemos que debe atribuirse á las lesiones intestinales, á la misma enteritis, y M. Andral participa de esta opinion, porque hace notar que se observa en los tísicos, «cuyos intestinos presentan todas las variedades posibles de inflamacion.» ¿Producirá la retencion de los gases la tumefaccion de la válvula ileo-cecal? Seguramente no, pues el meteorismo coincide en la fiebre tifoidea con diarrea mas ó menos abundante, y no puede suponerse que una válvula que deja pasar materias semi-líquidas, detenga el curso de los gases. La explicacion debe ser otra, y es menester buscarla en la paresia de las fibras musculares del intestino que depende del estado general del enfermo. Es mas que probable que la timpanitis, que sobreviene en la peritonitis, reconozca la misma causa, con la diferencia que en este caso la parálisis es dependiente de la inflamacion de la serosa. Añadirémos que en la fiebre tifoidea la misma naturaleza de los materiales intestinales da lugar á desprendimiento considerable de gases, producidos por una especie de fermentacion pútrida. Lo que prueba que esta puede ser la causa del meteorismo, es que nunca se le ve sobrevenir al principio de la enfermedad, época en que las fuerzas del organismo conservan todavía cierta energia. Mas tarde, cuando el estado del enfermo se agrava, cuando el meteorismo es considerable, la distencion exagerada del intestino concurre tambien á hacerle perder su tonicidad muscular. Los purgantes, provocando las contracciones intestinales, son el mejor remedio que puede oponerse al meteorismo. Un tratamiento general razonado, consiste en disminuir el volumen del gas por aplicaciones

frias y aun heladas (Monneret). La influencia del meteorismo sobre las perforaciones intestinales puede y debe discutirse. Nunca *estalla* el intestino en la fiebre tifoidea, como debería suceder por una distension forzada, lo que es la mejor prueba de que la dilatacion gaseosa resulta de la distension de la túnica intestinal y que no la determina. Sabido es, por el contrario, que la perforacion es siempre pequeña, y que está en relacion con la profundidad de las ulceraciones, y que con frecuencia se produce en casos en que el meteorismo no tiene nada de exagerado.

Al principio de la enfermedad, la tumefaccion es poco considerable y limitada á la region infra-umbilical, pudiendo pasar desapercibida á la investigacion; es necesario recordar que esta region apenas es saliente en la juventud; esto es, en la época en que la fiebre tifoidea se desarrolla mas comunmente, y sobre todo cuando el intestino, en el estado normal, no ofrece sino un sonido extremadamente oscuro; habrá, por lo tanto, timpanitis desde que el sonido se haga notablemente claro.

Debe considerarse á la timpanitis moderada é infra-umbilical como un signo precioso en un enfermo que no presente mas que fiebre, cefalalgia y algunos otros fenómenos inciertos de la fiebre tifoidea.

La timpanitis no se manifiesta ni en la enteritis simple, ni en la disenteria; hecho importante y que sostenemos de nuevo sobre la observacion de los tísicos citados por Andral. MM. Barthez y Rilliet reconocen tambien que no existe en la enteritis de los niños, mientras que es comun en la peritonitis tuberculosa. La existencia de este fenómeno llama la atencion sobre todo al estado de la mucosa intestinal, excepto en los casos de fiebre.

En la tuberculizacion de los gánglios mesentéricos (*carreau*) falta la timpanitis las mas de las veces; el vientre se pone tumefacto algunas veces, pero blando, ondulante, poco sonoro, y su volumen depende principalmente del aumento de volumen del intestino, del epiploon y algunas veces del hígado, del bazo, etc.

**Peritonitis.**—La timpanitis es un fenómeno casi constante de las peritonitis y de un gran valor diagnóstico. Parece depender de la parálisis de la membrana mucosa del intestino.

Si un individuo ha recibido una contusion en el abdomen, y sobrevienen dolores, timpanitis y fiebre, se debe creer en una peritonitis antes que en otra cualquiera afeccion. Si una mujer recién parida es atacada de fiebre, de cólicos y timpanitis, se deberán concebir temores de peritonitis. Este fenómeno es entonces tanto mas

importante, cuanto que á veces es el único ó el primero que se presenta.

Las peritonitis simples ó tuberculosas de marcha crónica se traducen á veces por este solo fenómeno, durante mucho tiempo. Una mujer que entró en la clínica de Bouillaud, en la Caridad, en el mes de diciembre de 1852, no presentaba mas enfermedad que una timpanitis, que por su considerable volúmen la impedía trabajar. Se estuvo muchos dias en incertidumbre sobre la naturaleza de la afeccion que existía; pero no tardó mucho en reconocerse que era una verdadera peritonitis, porque sobrevino fiebre, vómitos y diarrea; el abdómen se puso doloroso, y apareció un derrame ascítico de mediana cantidad. Un tratamiento antiflogístico enérgico curó en pocos dias la peritonitis y la timpanitis.

En el **cáncer** del estómago, situado en el píloro, los gases y los líquidos se acumulan en la cavidad del órgano, dando lugar á una dilatacion á veces considerable de esta viscera; la timpanitis epigástrica, la fluctuacion producida por la sucusion, la existencia de un tumor, de vómitos negros ó glerosos, la edad del enfermo, las alteraciones de la digestion, etc., ponen en via de diagnóstico.

**Estrangulacion interna.**—Un tumor colocado sobre el trayecto del intestino, un cáncer determinando una disminucion del calibre del órgano, dan por resultado la interrupcion del curso de las materias estercoreáceas y de los gases. El estreñimiento y la timpanitis son dos fenómenos que revelan esta coartacion de los intestinos; el estreñimiento solo, prolongado por mucho tiempo, pero sin timpanitis, no es lo suficiente para determinar el diagnóstico de una obliteracion. Es importante en estos casos considerar la forma de la timpanitis, reconocer todo lo posible cuál es la parte del intestino que está dilatada. Como esta dilatacion está situada siempre por debajo del obstáculo, se concibe fácilmente qué preciosas indicaciones suministrará esta exploracion cuando se trate de intervenir con una operacion quirúrgica. Cuando la estrangulacion está situada en la parte inferior del intestino, en la S ilíaca, por ejemplo, se ve distenderse el arco del cólon, dibujarse en la pared abdominal, en las partes laterales y superior. Si el obstáculo ocupa una pequeña parte del intestino delgado, el ciego, se ve pronunciarse la timpanitis en la parte media, donde se encuentra el paquete del intestino delgado. La marcha de los accidentes es tambien característica. En los primeros tiempos no se establece en absoluto la coartacion, pudiendo los materiales salir de tiempo en tiempo, cesando momentáneamente la timpanitis. Chomel considera estas alternativas de eleva-

cion y depresion como características de una estrangulacion interna; pero llega un momento en que la distension del intestino es permanente, y la muerte por asfixia es la consecuencia necesaria. Es necesario aprovechar uno de estos momentos de deplecion para reconocer si existe un tumor que pueda dar razon de esta acumulacion de materias.

Se ha publicado <sup>(1)</sup> un caso muy interesante de coartacion intestinal, que presentaba todos los caractéres enunciados precedentemente, y que terminó por un estancamiento absoluto de materiales; se practicó la puncion del intestino, y despues de su evacuacion y al cabo de algunos dias se notó en el lado derecho la existencia de un tumor que habia interceptado el calibre del intestino.

—VIII.—DEL AUMENTO DE VOLÚMEN DEL ABDÓMEN, PRODUCIDO POR LOS LÍQUIDOS.—ASCITIS.

El volúmen del abdómen aumenta tambien por la acumulacion de líquidos en la cavidad peritoneal ó en diversos órganos. No estudiaremos aquí sino los casos de la primera especie; los otros entran naturalmente en el estudio de los tumores.

El derrame de líquido en la cavidad peritoneal recibe el nombre de *ascitis* ó *hidropesía del peritoneo*; se la reconoce por los siguientes caractéres:

*Descripcion.*—La ascitis da al abdómen una forma ovoídea que comprende toda la extension de esta region; hay una simetría perfecta en todos sus puntos, no estando ninguna region ni mas elevada ni deprimida que las otras. Cuando es considerable, se dilata la base del pecho y de un modo igual en ambos lados.

El vientre no produce cono hácia delante, y la region epigástrica no está deprimida.

El ombligo forma á veces un pequeño tumor saliente, mas ó menos cónico, producido por la serosidad que franquea el anillo y distiende la cicatriz umbilical; este tumor es fluctuante y transparente como un hidrocele.

La resistencia á la presion es igual en toda su extension; hay blandura, aunque menos elasticidad que en la timpanitis; en los casos de distension excesiva adquiere el abdómen una dureza notable.

La fluctuacion es carácter importante de la ascitis: se la debe buscar por diversos procedimientos, segun la cantidad presumible de

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 26 de mayo de 1853.

líquidos. Si es abundante, se practicará la percusión *diametral*: para verificarlo, se colocará el explorador á la derecha, y aplicará de plano la mano izquierda sobre el lado izquierdo del abdomen, mientras que con la mano derecha dará pequeños golpes sobre el lado derecho, y mas ó menos cerca del púbis, produciéndose de este modo el *flote* mas ó menos marcado. Para que la percusión pueda transmitir el choque de una mano á otra, es necesario que forme el líquido una columna no interrumpida entre estos dos puntos; si se interpone el intestino ó existe un tabique, no se produce el flote; entonces deben colocarse las manos en otra disposicion, aproximarlas y colocarlas sobre un mismo lado del abdomen, evitando tomar por fluctuacion los movimientos de temblor que la percusión puede comunicar á la piel. Se comparará la sensacion percibida en el sitio en que se presume la existencia del líquido con la que se encuentra en un sitio en que verdaderamente no exista. Cuando la cantidad de líquido es pequeña, es necesario dar al enfermo una posicion (decúbito lateral) que acumule el líquido todo lo posible en un solo punto, practicándose entonces la percusión *periférica* (Tarral). Esta exploracion se practica con una mano sola, aplicando el pulgar y el medio á una distancia mas ó menos grande, y percutiendo ligeramente con el indicador; si existe líquido, los otros dedos experimentan con claridad la sensacion de su flote; si hay práctica en distinguir los movimientos de la piel de los de una verdadera fluctuacion, se deducirá de este modo de explorar un signo muy importante. No dejaremos de advertir que es muy difícil de percibir la fluctuacion cuando el derrame es muy abundante y cuando hay edema de la pared abdominal.

Este síntoma es desgraciadamente mas comun de lo que se cree en la ascitis, y, por consiguiente, la ausencia de este signo no es una prueba de la no existencia de esta afeccion. M. Andral ha notado que en diez y siete casos de ascitis no se manifestó sino en seis, siendo oscura en otros seis, y faltando en los cinco últimos.

La percusión da datos muy preciosos. Hemos dicho que Morgagni y J. P. Frank (\*) se servian de ella para distinguir la ascitis de la timpanitis; pero estaba reservado á M. Rostan el empleo de este medio de diagnóstico para diferenciar la ascitis de todos los demás tumores líquidos del abdomen. M. Piorry ha adicionado este procedimiento, pero sin alterar los hechos fundamentales establecidos por el profesor Rostan. Hé aquí en qué consisten:

En los casos de mediano derrame ascítico, si el enfermo está acos-

(\*) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. II, p. 69.

tado de espaldas, el líquido se acumula en la pélvis y la llena, despues sube hasta el estrecho superior de esta cavidad, elevándose mas ó menos, segun su cantidad, pero obedeciendo siempre á las leyes de la gravedad: en efecto, su límite superior se hace horizontal siguiendo el nivel de su altura. El intestino, empujado por la ligereza del gas que contiene, sobrenada en la superficie del líquido y se eleva á las partes mas superiores del abdomen, esto es, al ombligo y al epigastrio, mientras que el líquido ocupa el hipogastrio y los vacíos. Todo el espacio ocupado por el intestino da un sonido claro ó timpánico, y los ocupados por el líquido, sonido macizo; el límite de estos dos marca exactamente la superficie superior del derrame, y como esta superficie es horizontal, el límite lo es tambien, formando lo que se llama *línea de nivel*. En las inmediaciones de este límite la macidez es menos absoluta, á causa del espesor menor del líquido, y se obtiene frecuentemente un sonido *hidro-aéreo*; pero esta mezcla de sonoridad no hace que la línea de nivel sea menos pronunciada. Si el enfermo varía de postura, lo hacen de posicion el líquido y el intestino, y obedeciendo siempre á su diferente peso, conservan sus posiciones relativas, encontrándose siempre superior la sonoridad, é inferior la macidez, y estableciéndose la línea de límite como en el caso precedente. Este fenómeno es uno de los signos de mas valor en el diagnóstico de la ascitis, y sus indicaciones son tan exactas que se las ha querido aplicar á los derrames de otras regiones (derrames de la pleura y del pericardio); ya hemos visto que la esperanza concebida no ha sido realizada por desgracia.

Hay tambien en el abdomen algunas circunstancias, aunque raras, en que no son tan precisas estas indicaciones.

Si algunas asas intestinales se adhieren á algunos puntos declives de la pared abdominal, la sonoridad puede ser inferior, y la macidez se colocará en los puntos mas elevados; si existen tabiques, adherencias, si el líquido es viscoso, si contiene concreciones caseiformes, en los cambios de posicion del individuo no se cambian como podria esperarse, y queda la incertidumbre de los resultados; algunas veces este cambio se hace al cabo de algunos instantes; en otros casos no se verifica nunca; pero casi siempre hay circunstancias particulares que ponen en vía de estas anomalías y ayudan el diagnóstico.

Quando la ascitis se hace todavía mas abundante, el líquido sube del hipogastrio hasta el ombligo, y aun mas arriba, elevándose tambien por los vacíos, y los intestinos suben hasta el epigastrio; pero llega un momento en que retenido por el mesenterio no puede se-