

una enfermedad. No suministra indicaciones absolutas, porque no hay, como en el pecho, punto de comparacion, puesto que no hay mitades simétricas separadas. Sin embargo, no debe descuidarse su uso. Indica si una timpanitis, una ascitis, entran en resolucion ó se aumentan; de modo que si este método exploratorio no sirve para el diagnóstico, es útil para indicar si se deben continuar ó suspender los tratamientos empleados.

### § III.—Signos deducidos por la palpacion.

Por la palpacion se perciben las modificaciones sobrevenidas en la *temperatura del abdómen* y en su *consistencia*, haciendo tambien descubrir las especies diversas de *tumores*.

#### X.—DE LA TEMPERATURA DEL ABDÓMEN.

En las enfermedades con estado pirético general, es decir, con fiebre, la elevacion en la temperatura del cuerpo puede percibirse en toda la extension de la piel; el calor es igual en casi toda, de modo que no es posible averiguar en qué punto se verifica el trabajo flegmático; así, en la fiebre tifoidea, en la neumonia, es imposible reconocer por la palpacion el lugar en que existe el foco de inflamacion.

Pero no sucede lo mismo en los casos en que, ó no existe fiebre ó es moderada; se siente al nivel del punto en que se hace el trabajo flogistico un aumento mas ó menos fuerte de calor, contrastando con la frescura de las partes próximas. Entonces puede marcarse el asiento del mal. La profundidad en que se encuentran los órganos inflamados no impide á la piel participar de la alteracion, experimentando una congestion sanguinea que traduce el observador por la elevacion de la temperatura de que hablamos. Entonces es cuando es útil recordar que la inflamacion ha recibido el nombre de *fiebre local*.

Todos los prácticos saben que en la meningitis la cabeza está muy caliente, aunque el resto del cuerpo tenga la temperatura normal.

Lo mismo sucede en el abdómen. En la enteritis, disentería aguda y crónica, peritonitis, los flemones de la fosa iliaca, de la pélvis, la metritis, la cistitis, etc., la piel del abdómen está caliente, algudas veces ácre y mordicante; su superficie está seca, árida, rugosa, callosa, mientras que las partes inmediatas están flexibles y húmedas, los enfermos tienen por lo comun conciencia de esta elevacion de temperatura.

Debe tomarse en consideracion este carácter en las enfermedades dolorosas sobre todo; en efecto, si el dolor no es de naturaleza inflamatoria, no se elevará la temperatura, y recíprocamente. La especie de contradiccion que resulta entonces de la existencia del dolor y de la frescura de la piel, denota la existencia de una afeccion no flegmática, de una neurosis ó de una neuralgia. Tal es lo que sucede en las neuralgias, los dolores abdominales de las mujeres histéricas, el cólico de plomo, los cólicos hepáticos, los nefríticos, etc. Este carácter es de tal importancia que, si á la afeccion puramente nerviosa sucede una lesion inflamatoria, los fenómenos cambian completamente; de suerte que así como cuando existia la afeccion puramente nerviosa no se elevaba la temperatura, desde que se establece la complicacion flegmática comienza á elevarse el calor, lo que denota al observador el cambio de una afeccion en otra, el paso de una lesion simplemente dinámica á una afeccion esencialmente material.

#### XI.—DE LAS MODIFICACIONES EN LA CONSISTENCIA DEL ABDÓMEN.

No queremos hablar aquí de las modificaciones de consistencia producidas por los tumores, lo que será objeto de un capítulo especial; trataremos tan solo de la consistencia del abdómen que no está determinada por masas sólidas ó líquidas circunscritas, y cuyos límites son bien marcados.

Todos los médicos saben que el abdómen está mas ó menos blando en las enfermedades; todos procuran investigar este estado de la cavidad abdominal, porque deducen caracteres diagnósticos, pronósticos y terapéuticos importantes; pero, sin embargo, nadie hasta ahora ha hecho un estudio particular de este punto. Creemos necesario, por lo tanto, dar algun desarrollo á las observaciones que hemos hecho con este objeto.

Cuando existe una enfermedad dolorosa de los órganos abdominales, las paredes del vientre están tensas á la presion y resisten mas ó menos, segun la intensidad del dolor; una resistencia análoga, pero por otro mecanismo, se verifica cuando hay una fuerte congestion sanguinea, cuando están llenos de gas los intestinos ó de líquidos; lo mismo sucede, pero por efecto de la contraccion muscular habitual, en los individuos nerviosos, irritables, y en los que padecen un cólico de cualquiera naturaleza que sea. Se nota, por oposicion, una notable laxitud de estas paredes cuando hay vacuidad de los intestinos, abatimiento de fuerzas, falta de contractilidad muscular. De lo cual pueden deducirse datos importantes.

*Caractéres.*—En el estado normal, la pared abdominal tiene una

blandura regular, pudiéndola deprimir y comprimir mas ó menos fuertemente sin causar dolor; sin embargo, no puede circunscribirse ninguno de los órganos interiores habiendo equilibrio entre las resistencias opuestas por todas las partes. Por la palpacion no se percibe ninguna de las partes musculares del abdómen, no sintiéndose las intersecciones de los músculos rectos, los planos de los músculos oblicuos, etc.; la resistencia es completamente uniforme.

No sucede lo mismo en el estado patológico. En algunos enfermos está el abdómen *relajado* hasta el punto de penetrar los dedos hasta la columna vertebral, pudiéndose sentir el hígado, el bazo y el útero, y pudiéndose reconocer en todas direcciones todas las partes gruesas y delgadas del abdómen. En otros no existe esta laxitud sino en una mitad del abdómen, bien sea lateral, ó superior, ó inferior, etc.

En los casos opuestos, el abdómen está mas resistente y se dice que está *pastoso, tenso, hinchado y resistente*. Algunas veces está verdaderamente duro como una piedra, como los mismos enfermos dicen. En otros casos hay rigidez general.

Este fenómeno está algunas veces localizado en una sola region del abdómen, estando las demás normales. Esta tension puede variar de sitio.

Hay al mismo tiempo una tumefaccion ó aplastamiento, sonoridad exagerada ó sonido semi-macizo, y, por último, macidez completa. Téngase entendido que no hablamos de los casos de ascitis y tumores que ya hemos estudiado ó que lo serán despues.

Es menester recordar que en las mujeres que han tenido muchos hijos la elasticidad de las paredes abdominales se encuentra casi perdida, el vientre está flojo, relajado, la tonicidad abdominal no existe, y de aquí una disposicion á los infartos viscerales, á las neumatosis y á las dislocaciones herniarias.

*Enfermedades en las que se encuentran modificaciones de la consistencia del abdómen.—Valor diagnóstico.*

Hay algunas enfermedades ajenas á los órganos abdominales que pueden modificar el grado de tension y resistencia de los músculos abdominales.

En la *hemiplegia*, de cualquiera naturaleza que sea, se ve frecuentemente un lado paralizado ó una flacidez absoluta de la pared abdominal, presentando el lado opuesto su consistencia natural. Es necesario no dejarse impresionar por esto, porque podria temerse una afeccion inflamatoria, por ejemplo, en el sitio en que hay re-

sistencia, mientras que solo es el estado normal; se notará, pues, que no hay ningun dolor abdominal ni alteracion de los órganos digestivos ú otros; por último, se tomará en consideracion la existencia de una extensa parálisis hemipléjica.

El *tétanos* produce tambien un efecto análogo; solamente que hay rigidez general con resistencia muy enérgica; la contraccion se produce por intervalos, y por lo tanto recobra el vientre por instantes su blandura natural.

En el *embarazo gástrico*, la region epigástrica está tumefacta, un poco dolorida, pero sobre todo tiene una resistencia á veces elástica, y otras pastosa; toda la region sub-umbilical está sana y á veces deprimida. Los enfermos tienen conciencia de este estado de su estómago, porque no pueden resistir las presiones en este sitio. Esta resistencia se hace general en la *saburra gastro-intestinal*. La existencia de borborigmos, eructos nidrosos, inapetencia, coloracion amarillenta de la lengua y la apirexia, establecen con facilidad el diagnóstico.

La *dispépsia flatulenta* produce el mismo efecto. Todos los médicos la han notado tambien en la *hipocondría* y el *histerismo*.

En todos estos casos, la presencia de gran cantidad de gases en el estómago, y la atonia de esta víscera que parece no puede desembarazarse de los materiales que contiene, explican la tension anormal de que hablamos. En el histerismo puede elevarse esta tension á su mayor grado. Hemos visto, en 1854, en la visita de M. Piorry, en el hospital de la Caridad, una mujer de veinte y cuatro años, en la que el estómago estaba lleno de gases hasta tal punto, que formaba una eminencia considerable, en que se marcaba considerablemente el epigastrio.

La *colitis*, la *disentería aguda ó crónica*, dan tambien lugar á la tumefaccion y á la tension del abdómen; los vacíos, la region supra-umbilical y todos los puntos en que se encuentra el intestino grueso, están elevados y muy resistentes. Si la lesion está localizada en un punto solo del cólon, este es el único que se marca saliente y resistente.

En la *enteritis aguda simple* es raro que haya tumefaccion y dolor; pero se percibe una pastosidad marcada al nivel del ombligo y en el hipogastrio; una sensacion de quemadura, la diarrea ó la supresion completa de las evacuaciones, ayudan el diagnóstico.

La tension y el abultamiento del vientre son signos importantes y comunes de la *fiebre tifoidea*, cuyas variaciones deben siempre estudiarse con cuidado. Al principio hay una resistencia y elevacion muy marcadas en la region infra-umbilical; á medida que la enfer-

medad marcha, el abultamiento aumenta y se hace general; si los enfermos caen en la adinamia, se hace enorme (véase *Timpanitis*). La disminucion de volumen del vientre empieza en la convalecencia. Sin embargo, durante mas ó menos tiempo, hay mas blandura que la de costumbre, estando pastoso todo el lado derecho del abdomen: este fenómeno aumenta por los excesos del régimen, y conoce el médico generalmente, por la palpacion del vientre, si el enfermo ha comido mas de lo que le han permitido.

Por último, debe tomarse siempre en cuenta el estado de blandura ó pastosidad del vientre en la fiebre tifoidea, y se regula por ella el régimen de los enfermos.

En la *peritonitis simple* hay, á consecuencia de la parálisis intestinal, retencion de gas y tension mas ó menos considerable del abdomen; pero hay dolor de diversa intensidad, contraccion de los músculos, etc. La tension asciende hasta la *timpanitis* en la *peritonitis crónica*.

Un hecho notable es la relajacion del abdomen en la *peritonitis puerperal*, en la que solo se nota el estado de resistencia del vientre cuando hay muchos gases en los intestinos, y aun en algunos suele haber *timpanitis*; se puede deprimir la pared abdominal hasta el punto de sentirse el útero y demás órganos interiores. Esta falta de *timpanizacion* se explica por la enorme distension que la pared abdominal ha tenido durante el embarazo. Es evidente que los intestinos pueden dilatarse notablemente por efecto de la *peritonitis*, sin que la piel se distienda. No debe creerse que esta flacidez persista mucho tiempo; el vientre se eleva al cabo de algunos dias.

No insistimos acerca de la especie de pastosidad que se siente alrededor de los focos de inflamacion ó de supuracion en el interior del vientre. Este carácter da á conocer con frecuencia los *flemones de la fosa ilíaca*, de los *ligamentos largos*, las *supuraciones perinefríticas*, etc.

Por último, no se olvidará que en los sujetos nerviosos, en las mujeres histéricas, la pared abdominal se entiende á veces bajo la mano, de manera que hace simular la existencia de un infarto de los órganos interiores del abdomen.

## XII.—DE LOS TUMORES DEL ABDÓMEN.

Se perciben á veces por la palpacion *tumores* en la cavidad abdominal.

*Caractéres*.—Estos tumores son en extremo variables en sus condiciones físicas. Su volumen y número son sumamente variables.

Tienen una consistencia extremadamente dura, unas veces son blandos y pastosos, y otras líquidos. Algunas veces son movibles, en cuyo caso están perfectamente circunscritos, ó bien son adherentes y difusos, como rodeados por una atmósfera de infarto. Van ó no acompañados de dolor é inflamacion. Algunas veces participa la pared abdominal del trabajo patológico que se verifica en el tumor y á sus inmediaciones. Suele haber dos ó mas tumores de diferente naturaleza.

La investigacion de los tumores abdominales es generalmente fácil. Nunca recomendaremos demasiado á los médicos que exploren la region abdominal con mucha ligereza en la mano, sobre todo durante los primeros momentos de la exploracion. Trousseau insiste con razon sobre esta precaucion. No se tomarán por tumores, como lo hacen algunos enfermos y aun algunos médicos, la extremidad del apéndice xifóides, la del hígado en el epigastrio, y la convexidad de la columna vertebral en los sujetos muy delgados.

Algunas veces no podrán observarse los tumores á causa de su pequeñez, movilidad, y sobre todo por la presencia de un derrame ascítico. En este último caso, el líquido pasa por delante del tumor ocultándole á la exploracion. Cuando se supone una complicacion de este género, se debe deprimir bruscamente, con la extremidad de los dedos, la pared abdominal, y si hay tumor, se notará una resistencia mas fuerte que contrasta con la blandura de las paredes deprimidas. Esta doble sensacion no existe en la ascitis simple.

*Diagnóstico diferencial*.—No se deben confundir los tumores del abdomen con la resistencia y la tension de los músculos abdominales, con las hernias, los tumores grasosos y flemones de esta misma pared.

En los individuos flacos y de un carácter impresionable y movable, que se designan con el nombre de individuos nerviosos, se siente estirarse la pared abdominal, resistir como una plancha y oponer un obstáculo invencible á las exploraciones profundas. En estos casos no hay motivo de duda sobre la causa de esta resistencia; pero cuando la tension es parcial, como sucede con frecuencia en la extremidad superior de los músculos rectos del abdomen, puede inducir á error y creerla producida por la existencia de un tumor. Se procurará primero reconocer la causa de la resistencia que se observa, haciendo poner los músculos en relajacion é invitando al enfermo á no hacer esfuerzos, y se continúa haciendo presion sobre los músculos contraídos, pero ejerciéndola suave y sostenida, y sobre una gran superficie.

Esta tension se nota particularmente en los individuos dotados de

una sensibilidad exagerada, impresionables al cosquilleo, cuando existe una afeccion dolorosa de los órganos intra-abdominales. Hemos observado en un hemipléxico una disposicion que parecia simular un tumor y la tension abdominal de que hablamos. En el lado hemipléxico, la pared del vientre estaba completamente relajada; en el lado sano tenia su grado natural de tension y resistencia, de modo que las diversas porciones del músculo recto, del lado paralizado daban á primera vista la idea de tumores.

La distincion de las hernias intraparietales, los tumores grasosos, los flemones de las paredes abdominales y de los tumores del interior del abdómen, no es siempre fácil. Sin embargo, basta señalar estas causas de error para procurar evitarlas en los reconocimientos.

En fin, aun á riesgo de caer en ridículas y aun funestas consecuencias, cuando el médico se encuentra ante un tumor abdominal, debe siempre investigar la posibilidad de un *embarazo*. No presentaremos con todos sus detalles los signos probables y ciertos del embarazo. Nos bastará mencionar que el útero grávido forma un tumor regularmente ovoideo, situado en la línea media ó inclinándose ligeramente á la derecha. A la auscultacion se percibe un soplo dudoso, isócrono, con las pulsaciones arteriales de la madre (*soplo uterino, soplo placentario*), y pulsaciones de un ritmo mucho mas frecuente que las pulsaciones del corazon de la madre; estos son los ruidos del corazon del feto ó *dobles latidos*. La palpacion abdominal permite percibir además los movimientos activos (vulgarmente *puntapiés*) del feto. En fin, el tacto revela las modificaciones del cuello particulares al embarazo (acortamiento, reblandecimiento), y permite provocar el *peloteo* (1).

— *De las diversas especies de tumores abdominales.—Caractéres diagnósticos.*

Estos tumores varian en relacion del tejido anatómico que los constituye y el órgano que ocupan. En efecto, pueden ser líquidos ó sólidos contenidos en órganos huecos ó tumores fibrosos, etc., etc. Estas diversas lesiones pueden existir, sea en el tubo digestivo, sea en las vías urinarias, en los órganos genitales, el peritoneo, los vasos abdominales, etc.

Antes de estudiar detalladamente los principales tumores del abdómen, daremos, de un modo sucinto, los caractéres fundamentales que sirven para reconocer su sitio y naturaleza.

(1) Véase Nægele y Grenser, *Accouchements*, trad. d'Aubenes. Paris, 1870.

Estos caractéres se deducen principalmente del sitio del tumor y de los fenómenos funcionales que los acompañan. Se investigará en seguida si el tumor es agudo ó crónico, si es único ó múltiple, si es líquido ó sólido, y su forma y volúmen. Se adquirirán importantes datos de los fenómenos inmediatos que determina, de las enfermedades concomitantes, de las causas que las han precedido, y, por último, de las circunstancias de la edad, profesion y hábitos de los enfermos.

El *lugar del abdómen* en que se encuentra un tumor indica en general cuál es el órgano afectado: un tumor del estómago ocupa el epigastrio; un tumor, un quiste del hígado pertenece al hipocondrio derecho; los tumores del bazo en el izquierdo, pero ascendiendo más en este lado. Los tumores de la vejiga y del útero se presentan en el interior de la pélvis, los de los riñones ocupan las partes posteriores y laterales del abdómen.

Es necesario no olvidarse de investigar si hay ó no adherencias del tumor en que parezca unirse á las demás partes, el cual es el punto de partida y la raiz del mal, cualquiera que sea el punto del abdómen que ocupe. Un quiste del ovario puede flotar mas ó menos en el vientre, pero tiene siempre un pedículo que descende en uno de los lados de la pélvis, y del cual proviene el tumor.

Importa mucho tomar en consideracion este carácter, porque frecuentemente se dislocan los tumores, sea por su peso, sea por sus adherencias ó las deformaciones del órgano de que proceden. Comunmente, los riñones cancerosos se hacen movibles. La extremidad pilórica del estómago afectada de cáncer, ha sido encontrada en la fosa ilíaca derecha, y aun á la izquierda (Rostan): el peso del tumor y la ampliacion del órgano obraron simultáneamente para producir la dislocacion.

Los *síntomas funcionales* ayudan al observador para reconocer el tumor, á pesar de la variacion que ha sufrido, indicándole su punto de partida. Así es como, en el caso precedente, se reconoció en el tumor de la fosa ilíaca un cáncer del píloro por la existencia de los vómitos que se producian dos ó tres horas despues de comer, y por la fluctuacion especial de que hablaremos mas adelante. Es tambien cierto que los tumores de las vías urinarias van acompañados de trastornos en la secrecion de la orina; los del útero por desarreglos menstruales, etc. Sin embargo, estos caractéres no son absolutos, porque tumores extraños á los órganos pueden determinar, por su proximidad, síntomas que producirian si fuesen ellos los enfermos. Estas primeras observaciones sobre el *sitio y alteraciones funcionales*, dan por resultado eliminar cierto número de afecciones y fijar

la atención sobre cierto número solamente; es entonces necesario recurrir á otros fenómenos para fijar la naturaleza de la enfermedad: la investigación de estos elementos viene á confirmar ó separar la primera idea que se había adquirido sobre la naturaleza del mal.

Se investigará además si el tumor es *agudo ó crónico*. Un tumor indolente, existente durante muchos años, no puede ser de naturaleza flegmática; por el contrario, una afección que sobreviene en poco tiempo, es dolorosa, aumenta con rapidez y va acompañada de fiebre y de accidentes agudos, pertenece á la clase de las inflamaciones y aleja la idea de una afección crónica; sin embargo, es necesario no olvidar que un flemon agudo se puede desarrollar alrededor de un tumor crónico.

*Forma y volumen.*— Los tumores escirrosos y tuberculosos no adquieren sino despues de una larga duracion un volumen considerable. Los primeros son por lo general del tamaño de una nuez, una manzana, ó del puño, y solo muy excepcionalmente adquieren el tamaño de la cabeza de un adulto; los segundos son siempre muy pequeños. Los encefaloideos y los quistes, por el contrario, crecen rápidamente y sin cesar, hasta el punto de llenar el abdómen. Algunos tienen una forma característica; los tumores cancerosos diseminados en el hígado están excavados por una depresion en cúpula, fácil de reconocer á través de la pared abdominal. La superficie del hígado es plana y lisa; el intestino está abollado, indurado el epiploon, formando comunmente una brida transversal en el epigastrio.

La *naturaleza sólida, líquida ó gaseosa* del contenido del tumor es de alta importancia para el diagnóstico.

El *número* de los tumores es variable. Los que provienen de una causa diatésica, cáncer, tubérculos, melanosis, materia colóidea, etc., son casi siempre múltiples. En el cáncer, en particular, se encuentran con frecuencia muchos tumores de diverso volumen; siendo el mayor la verdadera localizacion del mal, y los restantes, gánglios infartados por la absorcion de la materia cancerosa ó por la propagacion de la inflamacion.

*Causas.*—*Enfermedades concomitantes.*— Un enfermo presenta en el hipocondrio derecho un tumor formado por desarrollo anormal del hígado; el tumor es liso al principio, obtuso y redondeado, no doloroso; se desarrolla lentamente, siendo evidente su formacion por el hígado; pero ninguno de estos caracteres basta para determinar su naturaleza, puesto que pertenecen igualmente á la hipertrofia, á la congestion sanguínea y á la degeneracion adiposa del hí-

gado. La consideracion de las afecciones concomitantes disipará todas las dudas; si el enfermo es tuberculoso, será una degeneracion adiposa; si tiene alguna lesion en el corazon, será una congestion sanguínea; si hay fiebre intermitente, será una hipertrofia simple. No hay muchos motivos de error en esta determinacion.

Tales son, en general, los principales elementos del diagnóstico de los tumores del abdómen; conviene, sin embargo, estudiar algunos en particular.

Pasarémos revista á los tumores que tienen su origen en el tubo digestivo y sus anejos, en las vías urinarias, en el útero, etc.

El tubo digestivo es asiento de tumores de diversas especies, como los cánceres, las estrangulaciones, etc.

El *cáncer del estómago* forma un tumor situado en el hipocondrio derecho, de consistencia dura, bien circunscrito y del volumen desde una nuez á un puño; algunas veces es doloroso, en cuyo caso se contraen los músculos delante del tumor, presentando dificultades para reconocer el tumor. Entonces hay necesidad de proporcionar descanso al enfermo, darle baños y aplicarle al epigastrio un emplastro de triaca ó de cicuta; al cabo de algunos dias ha cesado la contraccion de los músculos y el tumor se hace mas accesible á la exploracion. Este tumor es á veces movable, aclarando su naturaleza cuando hay vómitos negros algunas horas despues de comer, etc. En general no se perciben sino los tumores de la region pilórica, de la grande corvadura y de la cara anterior del estómago; los del cardias son inaccesibles al tacto. Cuando se dilata el estómago, el tumor del orificio pilórico se dirige hácia abajo; en un caso llegó á colocarse en la fosa iliaca izquierda; los vómitos negros hicieron conocer la naturaleza del mal y su sitio.

La existencia de un tumor en la region pilórica con accesos de gastralgia, vómitos, hematemesis, adelgazamiento, etc., no bastan para establecer de un modo absoluto el diagnóstico del cáncer del estómago. Todos estos síntomas pueden encontrarse en la *úlcera simple de la corvadura del estómago* y del duodeno. Algunas veces, aunque raras, la úlcera provoca en su contorno engruesamiento de la serosidad peritoneal y una hipertrofia de las fibras musculares del piloro que dan lugar á un tumor que pudiera tomarse como canceroso. La edad del enfermo, la larga duracion de la enfermedad, el buen estado relativo de las fuerzas y de la nutricion, la naturaleza francamente cardiálgica del dolor, bastaron, la mayoría de las veces, para establecer el diagnóstico.

Esta no es la sola dificultad del diagnóstico de los tumores de la region pilórica (epigástrica). Los tumores del lóbulo izquierdo del

hígado, de este lado del páncreas, del epiploon de los ganglios linfáticos, pueden ocupar la region epigástrica, comprimir el píloro, y aparecer como dilatacion gástrica y similar del cáncer del píloro. Con el **cáncer del lóbulo izquierdo del hígado** es mas difícil la distincion. La precocidad de la ictericia y su persistencia es un buen signo, la percusion del tumor puede tambien suministrar algunos datos útiles; el sonido del tumor del píloro no es absolutamente mate; el tumor hepático presenta por el contrario completa macidez. Los tumores del estómago son tambien menos trasladados por los movimientos respiratorios y los del diafragma que los del hígado.

El **cáncer del intestino** forma tambien un tumor de mediano volumen, situado unas veces en medio del abdómen, y otras sobre el trayecto de las diversas porciones del intestino grueso. Los caracteres generales y locales que presenta no difieren mucho de los precedentes, viéndose tan solo las evacuaciones alvinas cargadas de sangre: este líquido está mas ó menos alterado, segun que la lesion ocupe un punto mas ó menos elevado en la longitud del intestino.

En los casos de **estrangulacion interna** (vólvulo, bridas peritoneales, invaginacion, etc.), se ha encontrado algunas veces, aunque no siempre, un tumor abdominal. Cuando se produce rápidamente la lesion, sobrevienen accidentes semejantes á los de la peritonitis. Cuando su marcha es lenta, que es lo mas comun, experimentan los enfermos, durante muchas semanas y aun meses, alteraciones de las funciones intestinales; hay dolores, vómitos, estreñimiento y diarrea alternativamente: estos accidentes se aumentan; el conato de obrar es frecuente, aunque las deposiciones escasas; evacuan mas gases que materias sólidas; el abdómen se meteoriza; se producen vómitos de materias de olor fecal, y por último, en un punto del vientre, generalmente sobre el trayecto del cólon descendente, se nota un tumor mas ó menos resistente, macizo y doloroso. Dance ha notado que el vacío derecho se aplastaba á consecuencia de la desaparicion del cólon ascendente: este signo será útil en los casos en que no haya elevacion del vientre. Los accidentes de peritonitis se presentan comunmente en el curso de la enfermedad.

Para completar la descripcion de la estrangulacion interna, creemos necesario dar los datos siguientes:

Segun M. Bucquoy (1), hay notables diferencias en las invaginaciones intestinales, segun que ocupan la parte superior del intestino

(1) *Rech. sur les invaginations morbides de l'intestin grêle. Recueil des travaux de la Soc. méd. d'obs.* Fasc. 2. 1837, pág. 181.

delgado ó grueso. En el primer caso, no se observan sino vómitos biliosos y ausencia de meteorismo; en el segundo, vómitos de materias de olor fecal, timpanitis, algunas deyecciones sanguinolentas, gran tendencia á la peritonitis. Esta distincion es importante bajo el punto de vista práctico. En la estrangulacion de la parte superior del intestino delgado, podria tal vez practicarse la gastrotomía; pero en la invaginacion del intestino grueso es indispensable el establecimiento del ano artificial. Es, pues, necesario, como dice M. Denonvilliers, salvar el peligro (1) y practicar una operacion que ha simplificado mucho Nélaton (2).

Este cirujano incide la pared abdominal por encima de la ingle, fija la porcion del intestino distendido que se presenta, le incide y nada más, dejando á la naturaleza el cuidado de hacer el resto, es decir, de restablecer el curso de los materiales.

Aunque nada decimos aquí de terapéutica, debemos consignar que antes del empleo de tan peligrosas operaciones, se deberá ensayar, segun el método de Chomel, los purgantes repetidos y las duchas ascendentes. Éxitos numerosos han respondido á este tratamiento.

No creemos deber tener en cuenta las observaciones de M. Cossy (3), cuyas investigaciones estadísticas han dado resultados completamente opuestos á los presentados por el Sr. Bucquoy.

No podemos comprender la *constancia* de los vómitos estercoráceos, cuando el obstáculo está situado en la parte superior del intestino delgado, á pesar de lo afirmado por M. Cossy.

Las materias fecales endurecidas y situadas en el cólon, forman frecuentemente tumores que se encuentran especialmente en los viejos; son comunmente múltiples, duros, movibles é indolentes; no tienen ningun fenómeno local, ni general. Los purgantes los hacen mover y aun desaparecer. Se les designa con el nombre de **escibalos**.

El sitio habitual de los tumores estercoráceos es la fosa iliaca izquierda. A veces estos tumores, en vez de ser duros, presentan una consistencia pastosa especial, como de la tierra húmeda profundizando los dedos, y que es casi característico.

El tubo digestivo presenta rara vez tumores diferentes que los que acabamos de nombrar.

Uno de los principales órganos anejos al tubo digestivo, el hí-

(1) *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.* 30 Enero, 1837.

(2) *Gaz. hebdomadaire.* El mismo número.

(3) *Mém. sur une cause encore peu connue d'engorgement interne de l'intestin.* (*Mém. de la Soc. méd. d'obs.*), t. III, 1856, pág. 129 en la nota.