

gado, es con frecuencia asiento de lesiones que se producen durante la vida, en la forma de tumores. El diagnóstico está lejos de ser fácil.

En efecto, estos tumores son numerosos, por cuanto se observan dislocaciones, hipertrofias, congestiones activas ó pasivas, quistes simples ó acefalocísticos, tumores de mala naturaleza, dilataciones de la vesícula biliar, etc. (*).

En general, no es difícil conocer que se trata de una enfermedad del hígado; su sitio en el hipocondrio derecho y su gran tamaño son indicios muy importantes, pero es difícil precisar su naturaleza.

Las dislocaciones del órgano son las más fáciles de reconocer, no olvidándose de que el hígado puede descender en los casos de pleuresía del lado derecho, en las mujeres que tienen estrechada la base del pecho por el corsé, y en los casos sencillos de enflaquecimiento. En todos estos casos el hígado experimenta un movimiento de báscula ó de rotación sobre su eje transversal; su superficie superior se hace anterior, y su borde agudo inferior. Se siente entonces, por debajo del borde de las costillas del lado derecho, una superficie resistente, algunas veces dura, plana, no dolorosa, que descende más ó menos, y termina inferiormente por un borde cortante que baja á veces hasta la cresta ilíaca, pero que sube rápidamente hácia el epigastrio, pasa por esta región, se dirige al lado izquierdo y se pierde insensiblemente en el hipocondrio de este lado; este borde ofrece las sinuosidades ó escotaduras que se conocen en el hígado. Este tumor es mate, pero no en el borde inferior, donde por la poca espesura del órgano se produce á través de él la sonoridad del intestino. La presencia de un tumor semejante en los individuos muy flacos, en las mujeres que se oprimen mucho la cintura y que no padecen de este órgano, debe suponerse un simple descenso del hígado. El límite superior de la macidez del órgano rara vez descende.

Es á veces difícil distinguir la dislocación y descenso del hígado consecutivo á un derrame pleurítico del lado derecho, con las enfermedades del hígado que producen aumento de volumen del órgano. Hé aquí algunos caracteres que pueden servir para esclarecer el diagnóstico. Cuando el hígado hipertrofiado pasa del borde de las costillas falsas, no se desenvuelve generalmente al mismo tiempo hácia la cavidad torácica; cuando se ha demostrado que el hígado

(* Th. Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie*. Trad. por MM. Damenil y Pellagot. Paris, 1862.

sobrepasa el borde de las costillas, se observa que la macidez superior asciende, sube sensiblemente, es probable que esta macidez dependa de un derrame pleurítico y que el hígado se encuentre simplemente descendido. Sin embargo, en algunos casos raros (quistes equinococos) el hígado se desarrolla por la cara convexa del lado del torax; pero en este caso la macidez se extiende más arriba mientras que se demuestra lo contrario en la pleuresía. Los movimientos de la inspiración hacen descender la línea de la macidez en los casos de hipertrofia del hígado. Este nivel es invariable en los derrames de la pleura, la mitad derecha del diafragma se encuentra en estos casos en un estado de inspiración, es decir, en descenso permanente.

Cuando el hígado está hipertrofiado, se observan caracteres análogos, solo que el borde inferior del órgano es menos cortante, más grueso, regular y duro. Esta hipertrofia se nota sobre todo en la caquexia palúdica, en las enfermedades del corazón, en la tisis (hígado adiposo), en la cirrosis en su primer período (Requin).

La hipertrofia de origen palúdico no se manifiesta sino cuando hay un estado caquéctico pronunciado, siendo por lo tanto fácil de conocer. Se presenta sobre todo en las fiebres intermitentes adquiridas en los países pantanosos, y rara vez en las intermitentes benignas de las grandes poblaciones. Se presenta particularmente después de las cuartanas primitivas ó en las consecutivas á las tercianas; hay al mismo tiempo infarto más pronunciado del bazo, derrame ascítico más ó menos considerable, edema de las piernas y tinte icterico de la piel.—Las fiebres intermitentes de tipo anormal pueden producir el mismo resultado: hemos observado, en el mes de Mayo de 1854, en el hospital de Beaujon, un caso de este género: el hígado sobrepasaba dos traveses de dedo de las costillas; el bazo avanzaba hasta el ombligo; habia ictericia, ascitis, edema de las piernas: el enfermo, que era muy inteligente, aseguraba no haber tenido sino accesos de fiebre mal reglados. Los tónicos, la quinina bajo diversas formas, los baños sulfurosos, produjeron una considerable y rápida mejoría; el enfermo salió del hospital antes de estar completamente curado.

Cuando un individuo está afectado de una enfermedad del corazón, y particularmente de una estrechez aurículo-ventricular, de una dilatación de las cavidades derechas, de un estado de reblandecimiento ó adelgazamiento de las paredes ventriculares, se observa, en cierto período, edema de los miembros inferiores y ascitis. Cuando los accidentes han llegado á este punto, es raro que el hígado no esté aumentado de volumen; entonces no hay hipertrofia propia-

mente dicha, sino un estado de turgencia determinada por el éxtasis pasivo ó mecánico de la sangre en el tejido del órgano: lo que lo demuestra es que si se hacen incisiones en el órgano y se suspende algún tiempo al aire, se le ve rezumar sangre negra y disminuye su peso, en algunas horas, muchos centenares de gramos. En estos casos, como no hay apenas hipernutrición, la cápsula fibrosa no se ha agrandado, debiendo verificarse el aumento de su volumen en los estrechos límites de su extensibilidad, y resultando que el hígado toma una forma globulosa y el borde se redondea. Esta disposición se reconoce muy bien por el tacto á través de la pared abdominal. En estos casos suele haber un poco de dolor. Las sangrías y la quietud disminuyen sensiblemente esta *hipertrofia por congestión* ó mas bien por *éxtasis*.

El hígado puede en ciertas circunstancias sufrir una degeneración particular, al mismo tiempo que aumenta de volumen. Esta alteración, descrita por primera vez por Rokitsansky con el nombre de *degeneración lardácea* y por Budd con la de *hipertrofia escrofulosa del hígado*, ha sido mejor estudiada por Virchow, que la ha dado el nombre de *degeneración amiloidea*, fundándose en la particularidad de que los hígados así alterados toman un tinte morado con la adición de cierta cantidad de tintura de iodo y de ácido sulfúrico. También se la designa con el nombre de degeneración ceruminosa.

El hígado en estas circunstancias puede adquirir un volumen considerable. Frérichs cita un caso en que este órgano pesó de 5 á 7 quilógramos. Otras veces no se aumenta el volumen de la glándula y aun se le ha encontrado disminuido.

Las causas de esta degeneración son aun desconocidas. Se la encuentra de preferencia en los escrofulosos atacados de enfermedades de los huesos, en la sífilis constitucional, en la tisis y en la caquexia palúdica.

La degeneración puede invadir otros órganos; bazo, riñones, ganglios linfáticos, mucosa gastro-intestinal.

Se la reconoce por la tumefacción regular del órgano, el aumento de su consistencia, el aumento de volumen concomitante del bazo, y con frecuencia hay albuminuria coexistente. Los hígados así alterados son mas blandos, no llegan al volumen de los hígados amiloideos y no tienen la misma etiología. El diagnóstico no siempre es posible.

En la autopsia presenta el hígado un aspecto que se ha comparado al del salmon ahumado. Está pesado, su cubierta es lisa y lustrosa y sus bordes redondeados. Comunmente la degeneración amiloidea se mezcla con otras alteraciones, y con frecuencia hay abundantes

depósitos adiposos, degeneración cirroidea, cicatrices sifilíticas y nudosidades gomosas. En el exámen microscópico se encuentran los vasos, y principalmente las raíces de la arteria hepática, profundamente alterados (1), y las células hepáticas transformadas en masas homogéneas de sustancia amiloidea.

Cuando en ausencia de todas las circunstancias precedentes se encuentra el hígado desarrollado y existe un pequeño grado de ascitis, debe creerse en una *cirrosis* incipiente, ó por mejor decir, en el período congestivo de esta afección. Cuando en un bebedor ó en un sujeto que abusa de los manjares especiados se observa dispepsia, dolor lento en la región del hígado, aumento de volumen de esta viscera, con ó sin ictericia durable, se debe temer una hepatitis intersticial, cuyo último término es la retracción inodular del órgano, la *cirrosis*. Cuando esta lesión se produce, va caracterizada por la *disminución* de volumen del hígado, visible á la percusión, por la ascitis, infarto del bazo, dilatación varicosa de las venas hemorroidales y de las subcutáneas abdominales, enflaquecimiento y caquexia. Los signos de la retracción fibrosa y de la atrofia del hígado siguen con mayor ó menor rapidez á la hipertrofia inflamatoria del principio.

La *hepatitis simple aguda* que se observa en nuestros climas, la *aguda grave* y la *hepatitis crónica* de los países cálidos, producen también un aumento en el volumen del hígado (2). Hé aquí otro de los caracteres físicos que hemos señalado, uniéndose á los fenómenos dolor y fiebre que no se observan en los casos precedentes; hay dolor mas ó menos intenso, ictericia marcada, algunas veces permanente, y con frecuencia formación de abscesos. Los fenómenos generales y locales demuestran con claridad que toda la enfermedad reside en el órgano hepático, y que no tiene el punto de partida en órganos lejanos, como los casos citados anteriormente.

La hepatitis supurante y los abscesos consecutivos del hígado son mucho menos raros que lo que se cree en nuestros climas. El profesor Behier, que insiste mucho sobre este punto, ha publicado dos notables observaciones de abscesos del hígado, sobrevenidos á consecuencia de disenteria en sujetos que nunca habian abandonado las cercanías de Paris (3).

Para hacer esta enumeración lo mas completa posible, no olvidaremos que el hígado puede descender á consecuencia de una peritonitis *supra-hepática*, que dé lugar á la formación de un absceso ó á

(1) Véase Frérichs, obra citada.

(2) J. L. Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*. Paris, 1860.

(3) Behier, *Conferences cliniques faites á la Pitié*, Paris, 1872.

un quiste purulento, situado entre la cara superior del hígado y la inferior del diafragma.

El cáncer del hígado, que es ordinariamente de naturaleza encefaloidea, forma por lo comun un tumor en el hipocondrio y en el vacío derecho. Estas regiones están mas elevadas que en los casos precedentes, percibiéndose el hígado mas duro, pesado y macizo; hay dolor, irregularidad y abolladuras del órgano. Cuando el cáncer está en masas diseminadas, forma tumores distintos, deprimidos en cúpula á su centro: hemos oido insistir con frecuencia á M. Barth sobre este carácter que es evidentemente patognomónico. Hay tambien ascitis, ictericia intensa y permanente. Todos estos caractéres, en ausencia de una causa palúdica, de una enfermedad del corazón, etc., no pueden dejar duda de la existencia de un cáncer del hígado. Es necesario añadir los caractéres racionales deducidos del estado caquéctico y del aspecto de *enfermedad crónica*, presentados por el enfermo.

Los quistes acéfalo-quísticos del hígado se diagnostican por exclusion, y solo cuando tienen un desarrollo regular. Un quiste del volumen del puño, por ejemplo, no puede apenas reconocerse, sino cuando forma un tumor apreciable por la mano: en efecto, este tumor es por lo comun irregular, muy duro y sin estremecimiento; puede tomarse por una masa cancerosa, un absceso ó un tumor extraño al hígado. Cuando es demasiado voluminoso, llena el abdomen y forma una masa fluctuante que puede tomarse por una ascitis ó un quiste del ovario. No puede, pues, suponerse este género de lesion sino cuando la masa tiene un volumen mediano, el de la cabeza de un feto de todo tiempo, por ejemplo. Entonces se siente una masa mas ó menos irregular, haciendo elevarse mucho la region del hipocondrio y rechazando las costillas inferiores arriba y adelante. Por la palpacion se percibe marcada elasticidad, á veces fluctuacion oscura, difícil de producir. Dirémos tambien que el estremecimiento hidatídico es un fenómeno de los mas raros y que, por nuestra parte, no le hemos encontrado nunca. Trousseau dice que no le observó nunca en su larga práctica. Quizá este pretendido estremecimiento, cuando existe, solo dependa de las adherencias peritoneales y de frotos determinados por los movimientos del abdomen. Los tumores hidatídicos son macizos á la percusion. Se siente que forman cuerpo con el hígado. En fin, cuando el diagnóstico tiene alguna certeza puede practicarse una puncion exploradora. Esta dará salida en los quistes hidatídicos á una cantidad mas ó menos considerable de liquido limpio, claro como agua, que no precipita por los ácidos ni el calor, que no contiene cantidad apreciable de albúmina, y si solo

algunas sales sódicas y potásicas. Dejando reposar este liquido se encuentran en el fondo granos blancos del tamaño de granos de almidon, que son hidátides perfectamente reconocidas, con un aumento de ochenta diámetros. Se suelen encontrar á falta de hidátides detritus característicos, anillos y ganchos.

Indicaremos que últimamente se han referido casos de accidentes mortales determinados por una puncion exploradora. Creemos que estos accidentes pueden evitarse, dejando vaciar completamente el quiste con la cánula puesta. En efecto, quitando antes la cánula del trocar, estando aun distendida la cavidad del quiste, pudiera escaparse cierta cantidad de liquido, caer en la cavidad peritoneal y determinar peritonitis.

Las nuevas perfecciones que ha recibido la puncion exploradora con el método de *aspiracion* hace esta precaucion menos necesaria y disminuye notablemente los peligros de la operacion practicada, tanto bajo el punto de vista del diagnóstico como del tratamiento.

No hay, al menos en mucho tiempo, alteracion notable en la salud; no hay antecedentes de fiebres intermitentes, hepatitis, etc. Por último, no hay accidentes de parte de los riñones ni del intestino. No hay edad exenta de esta lesion. Comunmente se abren paso estos tumores á través de la pared abdominal, en los pulmones, el intestino; indicando los enfermos que han arrojado un liquido seroso ó purulento en gran cantidad con fragmentos membranosos, etc. Quedan, por lo general, fistulas en la pared abdominal, que dan paso á membranas hidatídicas en las que se encuentran anillos del equinococo, etc.

La dilatacion de la vesícula biliar forma tambien tumores en el hipocondrio derecho. No sabemos si se han sentido y diagnosticado estos tumores; nos parece á lo menos muy difícil. Nos abstendremos, hasta adquirir mas informes, de indicar los caractéres que se les han atribuido y que son mas teóricos que prácticos. Si la vejiga contiene cálculos biliares, ¿se sentirá el *rozamiento* con el auxilio de la percusion, como ha dicho Martin Solon?

El bazo no ofrece mas que una especie de tumor verdaderamente importante, que es el formado por la *hipertrofia* de su parénquima.

Nada mas fácil que establecer el diagnóstico de este tumor, segun su sitio, volumen, movilidad y circunstancias entre las que se desarrolla. Estas circunstancias son generalmente las fiebres intermitentes prolongadas. El bazo puede adquirir un volumen enorme en una enfermedad llamada *leucocitemia*, y caracterizada además del volumen del bazo y la hipertrofia, á veces considerable, de los gan-

glios linfáticos, por el considerable aumento de los glóbulos blancos de la sangre (1).

El *peritoneo* tiene tambien tumores propios. Tales son los cánceres, los tubérculos y las bridas formadas por el epiplon; además la peritonitis da lugar á la formacion de tumores mas ó menos voluminosos, resultado de la aglutinacion de los intestinos: por último, se han observado hematoceles.

En la *peritonitis crónica*, el epiplon mayor se contrae con frecuencia, se arrolla sobre si mismo y forma una brida, generalmente transversal, que ocupa la region supra-umbilical. Cuando existe este fenómeno, al mismo tiempo que meteorismo y un poco de ascitis, diarrea, dolores y fiebre continua con exacerbaciones vespertinas, debe pensarse en la peritonitis crónica.

Esta misma enfermedad da tambien lugar á la aglutinacion de los intestinos, presentándose, además de los fenómenos precedentes, una induracion irregular del abdómen, particularmente alrededor del ombligo; se presentan abolladuras; no hay límites marcados al sitio de la induracion; por último, á pesar de la apariencia de tumores sólidos, estas partes dan una sonoridad que excluye la idea de una masa efectivamente maciza. Esta afeccion es comun en los sujetos linfáticos escrofulosos, sobre todo en la edad de quince á treinta años. La marcha de la afeccion es lenta; la aglutinacion de los intestinos se hace progresivamente, aumentando sin cesar los depósitos plásticos; el abdómen aumenta poco á poco; cuando se presenta en las mujeres, creen estar embarazadas; los vómitos frecuentes, un continuo malestar y la supresion de las reglas, contribuyen á cimentar el error.

Los tubérculos del mesenterio dan tambien lugar á la formacion de los tumores del abdómen: en los niños es comun esta lesion, pero es raro poderla demostrar, pues casi siempre existe simultáneamente una timpanitis ó una ascitis que se oponen á la exploracion. En los casos en que es posible el exámen, se encuentran tumores múltiples, rara vez voluminosos, indolentes, y que ocupen la parte media del abdómen. Los accidentes generales indican una alteracion profunda de la nutricion, colicuacion, marasmo, tumores en el cuello y en todos los gánglios superficiales.

(1) Virchow, *Gesamt. Abhandlungen sur wissenschaftlich Medizin*. Frankfurt, 1835, en 8.º—Bennet, *Edinburgh Journal*, 1851 —Leudet, *Bulletin de la Société anatomique*, 1832; *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1833, y *Gazette médicale de Paris*, 1853, p. 430.—Vidal, *De la leucocytémie splénique* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1856.—Valleix, *Guide du médecin praticien*, 5.ª edicion. Paris, 1866, t. I, pág. 516.—Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*, 5.ª edicion. Paris, 1868, t. III.

No sabemos si se han encontrado tumores escirrosos en el peritoneo, pero hay con frecuencia masas encefaloideas y cáncer colóideo. Las masas colóideas son por lo general pequeñas, diseminadas en todo el peritoneo, el epiplon y los intestinos, pero nunca en masas considerables para formar tumores apreciables al tacto. Pero no sucede lo mismo con el *encefalóides del peritoneo*. Forma masas múltiples, duras, desiguales, abolladas, libres al principio, pero fijándose despues en cualquier punto. Un carácter que ayuda mucho al diagnóstico, es la multiplicidad de los tumores; siendo unos cánceres y otros gánglios infartados consecutivamente, por lo general ascitis, resultado de una subinflamacion. Mientras son pequeños los tumores, hay dificultad para el diagnóstico; pero se hacen á veces voluminosos, como la cabeza de un feto de todo tiempo, en cuyo caso apenas hay error posible. La concomitancia de lesiones exteriores del mismo género aleja las dudas. Un jóven de Beaujon, tenia en el abdómen, que estaba á nuestro cuidado en el hospital de Beaujon, tenia en el abdómen, que estaba muy voluminoso, muchos tumores duros, macizos, irregulares, de los cuales habia uno como el volúmen de la cabeza de un recién nacido; tenia ascitis, edema de los miembros inferiores y extremo enflaquecimiento. Este enfermo habia sufrido hacia algunos años la extirpacion de un ojo encefaloideo. Creimos poder considerar con justicia, como tumores encefaloideos, los que existian en el abdómen. En efecto, á estos tumores correspondian los caractéres que se observaban: juventud (el encefaloídes es muy comun en los niños y en los jóvenes), enorme volúmen de los tumores, crecimiento rápido, multiplicidad, lesion encefaloidea desarrollada en otro órgano.

Los *riñones* son el punto de partida de algunos tumores: observanse en particular la hidronefrosis y la pielitis calculosa; en fin, el riñon puede estar movable, sea en el estado sano, sea en el patológico. La presencia del tumor en la region lumbar, por debajo del hígado ó del bazo, las alteraciones en la secrecion urinaria, la ausencia de fenómenos en las demás vísceras abdominales, son los principales caractéres que establecen la existencia de una enfermedad de los riñones.

La *hidronefrosis* ó dilatacion de los riñones, por acúmulo de liquido seroso que no es producto de una inflamacion, forma un tumor que se desarrolla sin dolor ó muy poco, y lentamente. Ocupa la region renal y forma elevacion en la parte posterior de la region abdominal; se le siente por delante cuando tiene un volúmen considerable, percibiéndose entonces un tumor redondeado, regular, duro é indolente; toma algunas veces tal volúmen, que simula un quiste del

ovario ó un embarazo. Ninguna alteracion en la secrecion de la orina.

La pielitis da lugar á un tumor que, además de los sintomas que le son comunes de la afeccion precedente, ofrece como caracteres distintivos los fenómenos siguientes: dolores lumbares y abdominales mas ó menos intensos, accesos de cólico nefrítico y orinas purulentas. Cuando el tumor depende de una obliteracion del uréter, no se encuentra pus en la orina; la obliteracion no es absoluta y permanente; está determinada por cálculos que caen en la embocadura de la pélvis del riñon, pero que pueden moverse con facilidad; pueden descender á la vejiga cantidades de orina mas ó menos purulenta. Se percibe tambien en estos casos gorgoteo y relintín metálico cuando hay gases y líquidos en el tumor. Notarémos aun que la pielitis como la nefritis va acompañada de fenómenos dependientes de la médula y una debilidad de los miembros que simula una paraplegia. En los viejos determina con frecuencia fiebre y fenómenos tifoideos ó adinámicos.

Los riñones pueden hacerse movibles. Rodeados por el peritoneo y fijados tan solo por el pedículo vascular, toman en el abdómen posiciones variables. Se ven riñones movibles perfectamente sanos; otros, por el contrario, contienen cálculos que son quizá el resultado de la movilidad del órgano. En lo general no hay mas que un riñon dislocado, conservando el otro su posición normal. El tumor es independiente del hígado; es de volumen poco considerable y alargado verticalmente; el intestino está colocado por delante de él; es muy móvil y parece privado de adherencias. Los sintomas funcionales de esta ectopia son nulos casi siempre, y consisten en sensaciones bajas de tirantez y de peso; á veces les parece á los enfermos que sus órganos están *desprendidos* (Trousseau). Ninguna alteracion en secrecion ni excrecion de la orina. Es origen de innumerables errores de diagnóstico. La palpacion permite á veces reconocer que en la region renal, correspondiente al lado en que se encuentra el tumor, no contiene el riñon (1).

Los tumores que tienen asiento en el útero son: el cancer, los cuerpos fibrosos, la hidrómetra y la fisómetra. Los dolores lumbares, inguinales y femorales, la existencia de secreciones anormales que salen por la vagina, las alteraciones de la menstruacion, modificaciones en el volumen, forma y situacion del útero, apreciables por el tacto, y por último, accidentes de parte de la vejiga y del recto, son las fuentes de su diagnóstico.

(1) E. Fritz, *Des reins flottants* (Archives générales de médecine, 1859). — Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*, 1872, t. III.

Hemos enumerado los caracteres precedentes é indicado los elementos con cuya ayuda se puede llegar al diagnóstico: insistir en el estudio de cada uno de estos tumores, seria entrar en el dominio de la patología descriptiva.

Creemos deber dar, sin embargo, algunos detalles sobre una afeccion que desde hace algunos años llama con justa razon la atencion de los prácticos; queremos hablar del *hematocele retro-uterino*.

Señalado primero por Recamier y Bourdon con el nombre de *tumor fluctuante de la pequeña pélvis*, mas tarde por Bernutz, en su Memoria sobre la retencion de los menstruos, ha recibido esta enfermedad del doctor Nelaton la feliz denominacion de *hematocele retro-uterino*.

La hemorragia retro-uterina se manifiesta principalmente en las mujeres de veinte y cinco á treinta años. Reconoce por causa inmediata la fluxion sanguínea que se manifiesta en los órganos genitales en el momento de las reglas (hemorragia retro-uterina-catamenial, Trousseau), ó solamente en el momento de la excitacion sexual, como lo ha establecido M. A. Voisin (1). La sangre sale de la parte inferior de la cavidad del peritoneo en el pliegue situado entre el útero y el recto, detrás de los ligamentos anchos. Por excepcion puede acumularse este líquido entre el útero y la vejiga; pero no está demostrado que la hemorragia pueda ser infra-peritoneal. Los autores no están de acuerdo sobre el punto de origen de la hemorragia. Así es que se la atribuye á una exhalacion sanguínea del peritoneo (Tardieu), á la rotura de una vesícula de Graaf (Nelaton y Laugier), á una hemorragia de la trompa uterina (Trousseau), á la rotura de las venas ováricas (Richet), al reflujo por las trompas de la sangre exhalada por la superficie interna del útero (Bernutz), etc. Por último, se han señalado como causas ocasionales los golpes, las caidas, las violencias exteriores, el cóito durante las reglas, y aun una excitacion genital fuera de la menstruacion (A. Voisin).

Cualquiera que sea la causa, los sintomas son los siguientes: principio lento ó rápido, dolor sordo ó intenso y repentino en el hipogastrio, extendiéndose á los lomos, las ingles y los muslos; escalofrios, síncope, vómitos, debilidad ó aceleracion del pulso; decoloracion de la piel: estos últimos sintomas pueden ser permanentes ó desaparecer á intervalos en el curso de la afeccion. Pesadez en la pélvis, dificultad de orinar y defecar, neumatosis intestinal (Voisin). Algunos fenómenos disentéricos, alteraciones de la menstruacion, como dismenorrea y menorragia, sea en el momento en que se for-

(1) *De l'hématocèle rétro-utérine*, Paris. 1860.

ma el hematocele, sea en las épocas menstruales anteriores. Mas comúnmente, hemorragias uterinas ó evacuaciones de coágulos cuando se produce el hematocele. Formacion lenta ó rápida de un tumor hipogástrico que asciende hasta el ombligo, y á veces mas arriba, situado generalmente al lado derecho y presentando su mayor desarrollo al principio de la enfermedad; solo excepcionalmente se aumenta en las épocas menstruales siguientes (Voisin, Gallard). Segun el sitio del tumor hemático, el útero se eleva, baja, se desvia lateralmente ó en el sentido ántero-posterior, y la posicion del cuello uterino indica casi siempre una situacion inversa del cuerpo del órgano. Por el tacto vaginal ó rectal se demuestra la dislocacion del útero y la presencia de un tumor, sea en las partes laterales de la vagina, sea entre este órgano y el recto. Este tumor no tiene una marcha progresiva como podria creerse; adquiriendo desde el principio el mayor grado posible, tiende luego á desaparecer; M. A. Voisin ha señalado de un modo particular la retraccion que experimenta en cada época menstrual. Debe notarse sobre todo un hecho importante y propio para esclarecer el diagnóstico en los hematoceles retro uterinos, y es que son *fluctuantes* en su principio (*tumores fluctuantes de la pequeña pelvis*, Recamier, Bourdon): esta fluctuacion puede percibirse, no solo en el tumor vaginal sino en el formado en el hipogastrio (Voisin). En fin, para que nada faltase á la fisiología patológica de estos tumores, se ha demostrado que se induran y se hacen sólidos, presentando abolladuras á medida que la sangre que los forma se coagula en la cavidad peritoneal. Tienden, pues, á la *absorcion espontánea*; pero se han abierto á veces en el recto, en la vagina y aun en el mismo peritoneo, dando lugar á la formacion de flemones.

La duracion de estos tumores es de uno á ocho meses.

Hemos dicho que se observan al principio fenómenos generales tales como: escalofrios, fiebres, pulso pequeño, frecuente, á 120, vómitos; en una palabra, *fenómenos abdominales*: estos sintomas se presentan con alternativas en el curso de la enfermedad.

Augus. Voisin insiste en su notable monografía sobre el carácter flegmático que presenta la mayor parte de veces la enfermedad, y sobre el curso clínico que sigue una *peritonitis hemorrágica*. Esta manera de ver ha sido admitida y desarrollada por Virchow. Segun él, en la mayoría de los casos, las colecciones sanguíneas de la excavacion pelviana no son la causa sino el resultado de la inflamacion del peritoneo en la region. La sangre procede en todo ó en parte de vasos de nueva formacion muy frágiles que se forman en las neo-

membranas peritoneales. Sucede una cosa análoga á la que se verifica en los hematomas de la dura madre en la paquimeningitis hemorrágica (1).

Como no nos ocupamos aquí de las enfermedades de los órganos genitales, nos referirémos para el diagnóstico diferencial á la excelente obra del doctor A. Voisin, de la que extractamos los detalles que preceden (2).

Las afecciones de los *ligamentos anchos* y del *ovario* dan tambien lugar á tumores.

Si una mujer, poco tiempo despues del parto, presenta un tumor agudo, doloroso, en uno de los lados del hipogastrio, se ocurrirá en seguida la idea de un flemon del ligamento ancho ó de una *ovaritis*.

Estos tumores tienen mediana consistencia, son macizos, dolorosos, contornos poco distintos, pastosos, poco movibles, y tienen su desarrollo de abajo arriba. Por el tacto vaginal se siente que descienden al lado del útero y de la vagina.

Citarémos como recuerdo la *preñez extra-uterina*.

El *tejido celular* del abdomen es con frecuencia el punto de partida de lesiones que forman tumor: los quistes hidatídicos, los *cuerpos fibrosos* ó *fibro-plásticos*, los flemones, son las afecciones mas comunes de este tejido. Los primeros son raros y excepcionales, el flemon es el único comun, así es que no nos ocuparémos mas que de esta afeccion.

Se observan flemones del tejido celular, de las fosas ilíacas, de los ligamentos anchos y de la excavacion de la pequeña pelvis.

Los *flemones de la fosa ilíaca* son mucho mas comunes á la derecha que á la izquierda; rara vez son primitivos; reconocen casi siempre por causa una afeccion del ciego ó de su apéndice (*peritiflitis*); lesiones análogas del colon producen tambien, aunque con menos frecuencia, flemones en la fosa ilíaca izquierda.

En estos dos casos, el flemon es *intra peritoneal* y presenta los siguientes caracteres: tumor pastoso, blando, mal limitado, doloroso, sordo á la percusion; la masa no parece que desciende á la pelvis, antes al contrario recorre el trayecto del colon ascendente. Este tumor es redondeado y superficial, formando algunas veces cuerpo

(1) Virchow, *Pathol. des tumeurs*. trad. Aronsohn. t. I, p. 148.

(2) Consúltese tambien á Vignes, *Tésis*. Paris, 1850.—Prost, *Tésis*. Paris, 1854.—Tardieu, *Anales de higiene*, Paris, 1831, t. II, p. 157.—Fenerly, Cestan, *Tésis*. Paris, 1855.—Engelhardt, *Tésis*. Strasburgo, 1836.—Gallardo, *Tésis*. Paris, 1856.—Puech, *Tésis*. Montpellier, 1858.—Id. Paris, 1861.