Pastor
Bernal

TESORO

DE LAS CIENCIAS MÉDICAS,

GUIA DEL MEDICO PRACTICO.

V.

GUIA DEL MEDICO PRACTICO

Ó RESUMEN GENERAL

DE PATOLOGIA INTERNA

Y DE TERAPEUTICA APLICADAS.

POR F. L. I. VALLEIX,

Médico de la oficina central de los hospitales de Paris, miembro de la Sociedad Médica de Observacion, y de la Sociedad Anátomica, etc.

TRADUCIDA AL CASTELLANO

POR EL DOCTOR DON FRANCISCO ALONSO,

profesor agregado de la facultad de medicina de esta corte

Y DON SERAPIO ESCOLAR,

médico de los Hospitales Generales.

TOMO QUINTO.

Madrid:

IMPRENTA Y LIBRERIAS DE D. IGNACIO BOIX, EDITOR.
Calle de Carretas, números 8 y 27.
1845.

GUIA

DEL

MEDICO PRACTICO.

LIBRO TERCERO.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS DIGESTIVAS.

CONTINUACION.

CAPITULO II.

ENFERMEDADES DE LA FARINGE.

Hé aquí llegado el momento de comenzar la historia de afecciones que pueden mirarse como las mas importantes de cuantas padecen las vias digestivas. Caracterizadas por síntomas con frecuencia muy intensos, acompañadas las mas veces de mucha gravedad, y atacando indistintamente en cualquier época de la vida, preciso es que en todos tiempos las enfermedades de la faringe hayan llamado especialmente la atencion de los prácticos: así que, desde el orígen de la medicina los autores de mas nota hacen de ellas particular mencion, y mas adelante hallamos en los tratados de medicina, bajo denominaciones diversas, importantes artículos dedicados á las mismas, sin contar los numerosos trabajos emprendidos con este objeto. Parecerá á primera vista sumamente fácil trazar la historia de estas afecciones; pero no tarda en observarse, que desconociendo los autores antiguos los caractéres anatómicos de estas enfermedades tan diversas, y no teniendo los modernos el cuidado necesario sobre su asiento, han comprendido afecciones diferentes, resultando de aquí la mayor confusion. No es pues una dificultad insignificante esponer con precision

cuanto corresponde á cada una de las enfermedades de que vamos á ocuparnos. Asimismo demostraremos la oscuridad de que en esta materia han adolecido los autores que sobre ella han escrito antes del último siglo.

Poco pueden ilustrarnos los escritos de Hipócrates y Galeno: en efecto, uno ó dos *aforismos* del primero, y varios pasajes aislados, comprendiendo solo indicaciones las mas á propósito para inducirnos en errores, es cuanto hallamos en tan remota antigüedad. Nadie ignora los esfuerzos que hizo Galeno para distinguir las anginas que ocupan la faringe de las situadas en la laringe; ni tampoco que Areteo (*de Causis et Signis*, etc.; lib. 1.°, cap. 7) le imitase, sosteniendo despues esta clasificacion con mayor ó menor exactitud, hasta que fué recibida definitivamente por Boerhaave y Wan Swieten (*Op. omn.*; Lugd. Batav., 1759, tom. 2.°); pero no es tan perfecta, segun se deduce de los escritos de dichos autores, que no ofrezcan las descripciones bastante confusion. En estos últimos tiempos principalmente ha sido cuando se ha trazado una línea divisoria entre las enfermedades de la laringe y faringe, reconociendo la facilidad con que en algunos casos se propagan aquellas de uno á otro conducto.

Sin embargo, muchos profesores continúan designando indiferentemente con el nombre genérico de *angina* las afecciones de la laringe ó faringe, bastándoles solo para admitirlas una dificultad mas ó menos notable de la respiracion ó deglucion. Propuesta esta definicion por Wan Swieten, ha sido adoptada últimamente por los autores del *Compendium* (tom. 1.°, art. *Angine*), como aplicable á todos los casos. Es indudable que si todavía se quiere conservar la denominacion viciosa de angina, debemos atenernos al modo de considerarla estos autores; pero si se reflexiona, se verá que entre las causas que han introducido la confusion en la historia de las afecciones de la faringe y laringe, tal vez sea la mas poderosa la reunion bajo un mismo nombre de lesiones tan diversas.

Difieren las enfermedades de la faringe de las de la laringe, no solo por su asiento, sino tambien por síntomas importantes, su curso, gravedad y algunos remedios que le son esclusivos. Así que, es indispensable separar afecciones tan diversas; pues de otro modo tal vez resultarian dificultades peligrosas en la práctica. En efecto, no basta sea la misma la naturaleza de la afeccion para designarla con igual nombre en cualquier punto que se halle; y no puede negarse la evidencia del error cometido por Bretonneau en estos últimos tiempos, al comprender bajo la denominacion de *difteritis*, la

angina seudo-membranosa y el croup. Preciso es sin duda convenir en la identidad de naturaleza, y facilidad en propagarse de uno á otro conducto; pero las demas circunstancias mencionadas anteriormente exigen que se las considere como afecciones diversas, segun que ocupen la faringe ó laringe.

No se crea que la diferencia de términos de que se trata no ha sido introducida en época muy remota; pues para convencerse basta recordar la division establecida por Galeno y adoptada por Lázaro Riverio (*Praxeos méd.*, lib. 6, cap. 7 *de Angina*), y que yo inserté en el primer tomo de esta obra. (Véase *Laringitis simple aguda*, tom. 1.º) Limitándome á reproducirla en este lugar: 1.º *Cynanquia*: Inflamatio interiores proprios que músculos occupat; 2.º *Synanquia:* Interiores pharyngis músculos inflammatio occupat; 3.º *Parasynanquia:* Exteriores laryngis músculos inflammatio invadit; 4.º *Parasynanquia*: Exteriores faucium músculos inflammatio invadit.

Esta division no ha sido, sin embargo, generalmente admitida, como podemos convencernos por la lectura de autores de nota, como Boerhaave, Borsieri, J. Franck, etc. Dependiendo esto tal vez por una parte, de que las dos divisiones *paracynanquia* y *parasynanquia* no pertenecen á la historia de las anginas, y por otra, de lo viciosa que es la definicion, pues se trata de la inflamacion de los músculos de la faringe y laringe; así que, los médicos que hayan conocido á fondo la enfermedad no habrán querido aceptarla.

Es fácil en nuestros dias proponer una denominacion que haga mas clara y comprensible la descripcion de las afecciones que nos ocupan; bastando designarlas con las de *laringitis* á las anginas que ocupan la laringe, segun he consignado en el primer tomo de mi obra, y *faringitis* á las que se sitúan en la faringe.

No parecerá ociosa la discusion que precede, al considerar la vaga idea á que ha dado orígen la espresion angina, y que no ha sido, á mi entender, suficientemente designada por el nombre de angina faríngea y laríngea que han empleado los autores modernos.

Son muy numerosas las afecciones propias de la faringe; y los autores las dividen de distintas maneras, fundándose principalmente en su asiento, forma y causas presuntas.

Boerhaave y Wan-Swieten admitian: 1.º una *angina acuosa* en la que la tumefaccion era considerable, habiendo observado tambien un edema agudo en los tejidos de la faringe; 2.º *angina escirrosa*, notable por la dureza de los te-

jidos, debiéndola referir á la induracion crónica de las amigdalas; 3.º *angina inflamatoria*; 4.º *angina supuratoria*; y 5.º *angina gangrenosa*. Estas son las únicas que figuran en esta division pertenecientes á la faringe, porque las demas son propias de la laringe, ó no deben considerarse como anginas. Hállanse entre estas últimas afecciones la *paralisis de la faringe y exófago*, que tambien admite Borsieri bajo el nombre de *angina paralítica* (*Inst. Med. prat.*, vol. 3, de *Angina*. pág. 354; Lipsi 1826.)

Sauvages ha multiplicado, segun acostumbra, las divisiones; las que se refieren particularmente á la angina faríngea son las siguientes: 1.º *Cinanquia tonsillaris*; variedades: *C. catarrhalis; C. vera vel sanguinea*; *C. synochalis*, ó complicada con fiebre pútrida; 2.º *C. maligna*, que comprende la *C. ulcerosa* y *C. gangrenosa*: 3.º *C. exanthematosa*. Basta esta ligera indicacion para demostrar los principios en que ha fundado dicho autor su division, que por cierto nos es inútil; pues á la confusion mayor que las clasificaciones de otros autores, junta el ser tan incompleta como aquellas: motivo por el que no pienso incluir las especies fundadas en circunstancias particulares, como *C. a deglutitis y C. a dysenteria*.

Casi semejante es la base de las de Cullen y J. Franck; y en época mas próxima á la nuestra se ha conocido la *angina simple*, designándola con el nombre de *angina gutural* cuando ocupa el istmo de las fauces, *amigdalitis* si se sitúa en las tonsilas, y *angina faringea* cuando invade los tejidos profundos de la faringe; siguen despues la *a. pultácea*, *a. seudo-membranosa* y *a. gangrenosa*.

Despues de examinadas las principales observaciones acerca de las enfermedades de la faringe, paso á indicar la division que de ellas adopto: 1.º *Faringitis simple aguda*, cuyas diversas variedades mencionaré y examinaré: 2.º *faringitis simple crónica:* 3.º *f. pultácea*, y *f. seudo-membranosa:* 4.º *f. ulcerosa:* 5.º *f. gangrenosa*.

Formarán la materia de este artículo la historia de dichas enfermedades, con cuatro palabras que diré al principio de la *hemorragia* de dicho órgano, y una ligera indicacion de su degeneracion cancerosa y de la dilatacion de sus paredes.

Incluyo entre las afecciones de la faringe á las del paladar, porque esta parte pertenece mas bien á dicho conducto que á la cavidad de la boca.

ARTICULO I.

HEMORRAGIA DE LA FARINGE (*faringorragia.*)

Es afeccion muy rara. P. Franck (*de curandis hom. Morbis*, part. 2.ª classis V. *Profluvia*) cita bajo el nombre de *stomato-pharyngorrhagia*, algunos casos de *varices pequeñas*, semejantes á las que describimos en la boca, y que determinaron por su rotura un flujo sanguíneo. Refiere asimismo un ejemplo en el que apareció la hemorragia de la faringe en una mujer que hacia ocho años padecia una amenorrea. Tambien se ha observado depender de una ligera erosion de la pared posterior de dicho conducto; y asimismo en casos de úlceras se ha visto salir por la boca una corta cantidad de sangre que procedia de la faringe. En ocasiones la hemorragia ha dependido de la accion de una causa traumática: finalmente, Alquie refiere la observacion de una hemorragia faríngea ocasionada por la picadura de una sanguijuela que habia sido tragada al beber.

El flujo sanguíneo es bastante reducido, á menos que no dependa de una causa traumática, ó que constituya una *hemorragia suplementaria*, como el caso referido por P. Franck. Fácilmente se conoce su orígen en la mayor parte de casos, por la simple inspeccion de la faringe. En general sale el líquido por *simple exudacion*, despues de haber ejecutado algunos esfuerzos para espelerlo de la cavidad de dicho órgano. *Tampoco es espumoso*, á menos que no se le haya agitado con violencia por golpes repetidos de los provocados ó no por la entrada de algunas gotas de sangre en la laringe.

Bastan estos signos para distinguir esta hemorragia de cuantas se verifican por la boca. Por lo demas se conoce la facilidad de tragar la sangre en esta hemorragia, pudiendo entonces confundirla con una *hematemesis* si se verificaba el vómito sanguíneo; pero los signos indicados en esta obra (véase art. *Epistaxis*, *Hemoptisis*) disiparán fácilmente el error.

Los diferentes medios mencionados en el artículo que trata de la hemorragia bucal, son enteramente aplicables á la de la faringe. Así que, seria incurrir en una inútil repeticion el recordarlos, apresurándome á concluir de esponer una afeccion de tan insignificante interés.

CAPITULO II.

FARINGITIS SIMPLE AGUDA.

Comprendo bajo este título genérico muchas especies de faringitis admitidas por los autores. En efecto, debo describir con referencia á la identidad en la naturaleza de la afeccion, la *angina catarral* de Sauvages, la *inflamatoria ó sanguínea* de Boerhaave (angina franca de varios autores), y la *membranosa* de otros que no se debe confundir con la *seudo-membranosa*. Relativamente á la forma encontramos la biliosa, gástrica, etc.; y por último, con referencia al asiento una division mucho mas importante, admitida aun por muchos profesores franceses, y es como sigue: *Faringitis superficial, limitada al istmo de las fauces ó angina gutural*; *faringitis cuyo asiento principal son las tonsilas ó amigdalitis*; y finalmente, *faringitis situada en las partes mas profundas de dicho conducto, ó angina faríngea propiamente dicha.*

Preciso es convenir con Pinel y muchos otros que le han seguido, tales como Rostan y Roche, lo raro que es el que la enfermedad se limite á un pequeño espacio, como asimismo la tendencia que tiene la inflamacion á invadir á la vez muchos puntos de la faringe. Pero en el caso que la faringitis sea tan circunscrita, la acompañan circunstancias especiales que dan á la afeccion una fisonomía propia, y que la hacen mas ó menos peligrosa, en términos que no creo inútil para la práctica conocer dichas particularidades. Varios médicos, y entre ellos Borsieri (*loc. cit.*), con el objeto de salvar toda dificultad, han admitido otra angina formada de muchas que acaban de indicarse, y que han denominado *angina composita*. Bastará decir algunas palabras de esta faringitis generalizada, lo que trato de hacer en el curso de esta esposicion.

Creo deber adoptar la última division; pues mediante ella podré hacerme cargo, siguiendo un órden fácil, de todos los puntos que comprende la historia de la faringitis simple aguda. Respecto á las diversas especies relativas á la forma y naturaleza de la afeccion, me limitaré á esponer en este artículo las particularidades que ofrezcan.

Primera especie. Faringitis superficial situada en el ismo de las fauces (angina gutural.)

Solo en los últimos años se ha estudiado esta afeccion de

un modo preciso, y aislada de las demas, siendo la que con mas frecuencia se observa; pero tambien puede decirse que es sumamente leve, por lo que carecemos de observaciones bien detalladas. Lo mismo ha acontecido en esta afeccion que en la bronquitis aguda leve, que ha parecido demasiado sencilla y fácil de combatir, para ocuparse de ella formalmente.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Háse definido por los autores la angina gutural, una inflamacion situada en la membrana mucosa que tapiza el istmo de las fauces, velo y pilares del paladar y las amigdalas. Diferénciase de la amigdalitis en ser mas superficial, en términos de no hallarse sensiblemente afectada la glándula. Veremos sin embargo, que en algunos casos escepcionales, hállase mas comprometido el velo palatino, deduciéndose de aquí el no ser la definicion exactamente rigorosa. Preciso es añadir ademas, que la inflamacion en algunos casos muy leves se halla solo limitada al ismo de las fauces, no padeciendo ninguna alteracion las amigdalas.

Los nombres de esta afeccion se fundan principalmente en su asiento; de aquí *ismitis*, *parismitis*, *stafilitis*; pero se observa la inexactitud de tales denominaciones, pues algunas veces la inflamacion se estiende mas allá. Tambien es la que se ha conocido con el de *angina catarral reumática*; dándole ademas los viciosos epítetos de *palatitis* y *angina simple*.

He dicho cuán *frecuente* era dicha enfermedad, y pronto encontraremos en el estúdio de las causas una prueba de este aserto; pues veremos que todos los años, á cierta época, acomete á mayor ó menor número de personas, tomando un carácter epidémico.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Todos saben que esta afeccion ataca indistintamente á individuos de cualquier edad; sin embargo, no aparece con igual proporcion en todas las épocas de la vida. Háse visto la preferencia con que acomete á sugetos *jóvenes* y de *temperamento sanguíneo*, si bien seria preciso reproducir en esta parte observaciones mas exactas.

Billard (*Traité des Mal. des Enf. nouv-nés*) dice que la angina gutural es muy frecuente en los *recien nacidos*; cosa que no he podido comprobar y que creo muy difícil de cono-

cer, principalmente si no ofrece la afeccion otros síntomas que los descritos por Billard, y que insertaré mas adelante.

J. Franck divide la faringitis de que se trata, en *angina catarral* y *reumática*, especies que atacan respectivamente á sugetos de condiciones muy diferentes. Así acomete la primera á los niños, mujeres, hombres de constitucion débil, linfáticos, escrofulosos, y á los que padecen una infeccion sifilítica; mientras que la segunda, por el contrario, es propia de individuos robustos, pero que se han espuesto á cambios atmosféricos repentinos. Nada autoriza á admitir esta division, hasta que los hechos hayan contribuido á apoyarla.

A pesar de lo que dice J. Franck, es muy difícil resolver acerca de la influencia del *sexo* en la angina gutural. Sin embargo, casi todos los médicos opinan que el femenino está mas sujeto á padecerla; pero en el resúmen de las observaciones de Luis y Rufz, se ve que la proporcion en los hombres es mucho mayor que en las mujeres.

Las *estaciones* mas á propósito para contraer esta afeccion son, á no dudarlo, el principio de la primavera y otoño, sobre todo cuando el tiempo está muy lluvioso. Sturm (*Aer. Anginæ causa efficiens*, 1699) ha reunido hechos que disipan toda duda acerca de la existencia de esta causa, si el prodigioso número que todos los años observamos no inutilizase semejante demostracion. La permanencia en lugares *frios* y *húmedos* predispone tambien á padecerlas, aunque no de un modo tan enérgico.

Contraen con facilidad la angina superficial los *convalecientes* de una afeccion febril; fenómeno observado por Bayle, aunque no supo apreciar todo su valor. Sin embargo, este hecho es digno de indicarse, porque la faringitis superficial lleva en pos de sí una enfermedad terrible, cual es el edema de la glotis.

Finalmente, he dicho mas arriba que tambien ofrecia la *forma epidémica*. En efecto, se observa en las épocas mencionadas multitud de individuos atacados, sin que pueda encontrarse otra causa que un estado particular de la constitucion atmosférica; siendo muy fácil citar ejemplos que lo comprobasen.

2.° *Causas ocasionales.*

Hánse encontrado las causas ocasionales en el *enfriamiento*, y sobre todo de los *pies*; en el *paso repentino de un lugar caliente á otro frio*; la esposicion á una *corriente de aire*,

en especial hallándose descubierto el cuello; la *supresion de la transpiracion*, principalmente en los pies. Numerosos ejemplos atestiguan la accion de estas causas, pero es preciso añadir que parece necesario el concurso de cualquiera de las predisposiciones anunciadas.

Omito el indicar los *grandes esfuerzos de la voz* y del *canto*, pues creo que mas bien dan lugar á una laringitis y á la ronquera: tampoco menciono la ingestion de bebidas muy calientes, pues producen una escitacion pasajera ó una quemadura; pero necesario es decir con algunos autores, cuánto mas fácil es el efecto de las causas anteriores en sugetos que han esforzado mucho la voz ó han tomado líquidos calientes.

Algunas veces ha dado márgen á la enfermedad de que tratamos, la ingestion de un líquido helado: en tales casos ¿ha obrado solo la causa como el frio esterior?

Tambien puede presentarse la faringitis á consecuencia de la *inspiracion de un gas irritante*; pero en estos casos llama particularmente la atencion del médico la inflamacion de la laringe, tráquea y bronquios.

Por último, en otros casos se ha admitido la existencia de una causa bien diversa de cuantas se han mencionado; esto es un aumento rápido y considerable del calor atmosférico, coincidiendo con la humedad.

Entre estas causas merece, á no dudarlo, mayor importancia la que se refiere á la accion de la constitucion atmosférica, y que tiene para nosotros algo de misterioso; encontraremos las demas en otras anginas que aun tenemos que estudiar.

No he creido oportuno ocuparme ahora de la faringitis que acompaña con mas ó menos frecuencia á varias *afecciones febriles*, y en especial las *exantemáticas*, pues á mas de tener estas anginas un carácter particular, constituyen lesiones secundarias que deben figurar al lado de las enfermedades durante cuyo curso aparecen.

§. III.—Síntomas.

Principio. Se verifica este de dos modos diversos: unas veces se anuncia por dificultad mayor ó menor referida al velo palatino, y entonces comienza la afeccion por síntomas locales; otras al contrario, hay un movimiento febril mas ó menos notable, que consiste en escalofrios, aceleracion del pulso, calor halituoso de la piel acompañado de cefalalgia y

trastornos intestinales. Es poco comun esta última manera de aparecer, porque casi siempre acontece que cuando abren la escena fenómenos generales, sobreviene ademas de los locales mencionados una inflamacion de las amigdalas, lo que demuestra la gran parte del padecimiento que á estas ha cabido; probando tambien esto que la division propuesta por los autores, y que he adoptado por los motivos arriba espuestos, no es exacta mas que en cierto número de faringitis muy ligeras.

Síntomas. Cuando está limitada la faringitis á la abertura superior de dicho órgano y es superficial, presenta los síntomas siguientes: la *dificultad* que hemos dicho existia en el istmo de las fauces, aumenta y se convierte en un *dolor* verdadero; fenómeno que se exaspera mucho en el acto de la *deglucion*: sin embargo, esperimentan los enfermos continua necesidad de tragar la saliva que afluye á la boca; es mas difícil y dolorosa la deglucion de los líquidos que la de los sólidos. Cuando ha llegado este síntoma á su mayor grado de intensidad, lo que rara vez acontece, despues de haber los enfermos practicado esfuerzos dolorosos para deglutir la saliva, acaban por escupirla.

Sufren tambien otra necesidad que consiste en arrojar á fuerza de sacudidas molestas el *moco* segregado por la mucosa inflamada; y en algunas ocasiones se determinan estos movimientos por la hinchazon de los tejidos que producen la sensacion de un cuerpo estraño.

A la manera que sucede en la inflamacion aguda de las fosas nasales, observamos al principio en esta la *sequedad* en la mucosa inflamada, que al cabo de dos ó tres dias da lugar á la abundante secrecion de moco que poco há mencionamos.

Si entonces se procede al exámen de las partes afectas, se advierte en el velo palatino, su pilar anterior, parte inmediata de la base de la lengua, y con frecuencia en las amigdalas y pilar posterior, una *rubicundez* mas ó menos viva, pero de mediana intensidad en la mayor parte de casos. Parece mas *espeso* el velo del paladar: igualmente lo está la campanilla presentándose ademas como prolongada, y ofreciendo en sus bordes y estremidad una *semi-trasparencia edematosa.* Cuando la inflamacion ocupa solo uno de los lados, no se observa en la úvula la tumefaccion mas que en la mitad correspondiente, pudiendo resultar que este apéndice se halle *inclinado* al opuesto.

Sin embargo, parece que las amigdalas no están sensible-

mente hinchadas; y solo algunas veces se advierten en su superficie pequeñas concreciones blanquecinas, que anuncian que la inflamacion ha invadido alguna de sus lagunas, síntoma que volverá á ocuparnos al tratar de la amigdalitis.

El estado de estos tejidos da lugar á otros síntomas que es preciso mencionar. Así la hinchazon del pilar anterior del velo palatino, y en especial la campanilla, ocasiona un contínuo roce sobre la base de la lengua que puede producir *náuseas* y *vómitos*, y motiva con mas frecuencia los esfuerzos de deglucion de que antes hablamos.

Respecto á la *tos gutural*, descrita por varios autores, y en particular por Laz. Riverio (*Prax. Med.*, lib. 6, cap. 7) y Saxonia (*Prælect. practic.* pars 1, cap. 9) ¿están seguros que cuando aparece no se ha propagado la inflamacion á la parte superior de la laringe?

Tambien han incluido entre los síntomas de esta enfermedad, la *salida de las bebidas por las fosas nasales*; pero no conozco ningun ejemplo de esta clase, y todo induce á creer que en los casos que se ha observado dicho síntoma, se trataba de anginas mucho mas graves y profundas.

Para completar el cuadro de estos síntomas basta añadir que el aliento adquiere un olor desagradable; hay *pastosidad* en la boca, hallándose ademas cubierta algunas veces de una capa de mayor ó menor grosor. Relativamente á los síntomas dependientes de lesiones de otros órganos, casi nunca existen, á menos que no sobrevenga movimiento febril, circunstancia poco comun en esta especie, y sobre la que voy á decir dos palabras.

Pero debo añadir antes de verificarlo, que por leve que parezca esta afeccion, segun la precedente descripcion, lo es tanto mas en varias ocasiones, que no merece el nombre de enfermedad. En efecto, se percibe con frecuencia en la parte posterior del velo palatino una ligera incomodidad, acompañada de inflamacion mas ó menos notable de la úvula, movimientos casi involuntarios de deglucion, y salida de una pequeña cantidad de moco concreto, sin ninguna alteracion mas de la salud: fenómenos morbosos que desaparecen espontáneamente.

En los casos escepcionales de desarrollar esta faringitis *movimiento febril*, va precedido ó acompañado de poco aumento de calor y una ligera elevacion del pulso, que casi siempre se presenta por la noche. No es comun observar otros fenómenos febriles, é igualmente son poco graduados la cefalalgia y trastornos gástricos que algunas veces la acompañan.

Casi no se puede citar un caso en que la inflamacion del istmo de las fauces haya penetrado á tal profundidad que determinase la *supuracion* de los tejidos; sin embargo, esto es lo que algunas veces se observa, tomando entonces la afeccion los caractéres de *angina inflamatoria* de algunos autores. Entonces sobreviene, ya en un lado del velo palatino, ya en sus pilares, un infarto mas considerable, con dolor bastante intenso, y gran dificultad de separar las mandíbulas. Auméntase notablemente la secrecion del moco, y están las partes muy deformes; así el borde inferior del velo palatino puede adquirir una forma convexa, los pilares elevarse mucho dirigiéndose hácia la base de la lengua, y la campanilla sufrir una deviacion estraordinaria. Al cabo de algunos dias remiten estos síntomas, y aparece sobre la parte inflamada un punto mas prominente, que dislacerándose ordinariamente por los esfuerzos que ejecuta el paciente para desprender las mucosidades, da paso á mayor ó menor cantidad de pus, sucediendo inmediatamente un alivio notable.

Sobreviene en circunstancias todavía mas raras una gangrena superficial limitada, terminando la afeccion despues de la caida de la escara. He visto un ejemplo curioso en el hospital de Beaujon en la Clínica de Louis, del que tendré ocasion de volver á ocuparme en la historia de la *faringitis gangrenosa*.

He espuesto mas arriba que se habia dividido esta especie de faringitis en dos formas principales, que son: la *angina catarral*, y la reumática. Veamos lo que, segun los autores mas recomendables, distingue á ambas clases.

Faringitis catarral. Conocida con los nombres de *angina linfática, notha, catharrosa tenuis, mucosa* y *edematosa*: empieza con mas frecuencia que las otras, por movimiento febril; la rubicundez de los tejidos es poco intensa, y la campanilla está sumamente infartada y trasparente: hecho que Hipócrates habia observado y confirmado muy particularmente (*de Morbis*, lib. 2.°, cap. 10.) Es tambien notable la secrecion del moco, el dolor es poco intenso, si se esceptúa durante la deglucion, que sucede lo contrario, observándose ademas el infarto de los gánglios inflamados.

Faringitis reumática. Se diferencia de la que precede por la intensidad de los dolores, en especial por la noche, por su propagacion al cuello y hombros; por la desaparicion de la fiebre tan luego como se presenta la lesion local; por la rubicundez fuerte que ocupa el istmo de las fauces, semejante á la tintura de rubia; y la falta de hinchazon proporcionada.

Obsérvase que no existen entre estas dos formas mas que ligeras tintas ó gradaciones, siendo preciso advertir que J. Franck, que es el que mas insiste en sostener esta division, ha comprendido sin duda al describirlas las anginas tonsilares, cuyo estudio hemos aplazado para mas adelante. En resúmen puede decirse, que esta clasificacion está fundada mas bien en las ideas que se tienen acerca de la naturaleza de las causas de dicha afeccion, que en una apreciacion rigorosa de los hechos.

He dicho anteriormente que Billard (*loc. cit.*) habia descrito una faringitis de los recien nacidos. La rubicundez viva y persistente de la garganta con otros signos mas ó menos notables de inquietud y aversion á los alimentos, son segun él los únicos síntomas característicos de dicha afeccion, cuyos ejemplos tan solo él ha observado.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Cuando es muy leve y poco estensa la faringitis, desaparece completamente en el espacio de uno, dos ó tres dias. En el caso contrario, y mas aun si existe movimiento febril, puede prolongarse á cinco, seis ó siete, y todavía por mas tiempo en los casos en que termine por supuracion; pero siempre tiene un curso rápido y uniforme.

La *terminacion* constante, segun hemos dicho mas arriba, es la resolucion. Cuando se verifica la supuracion y gangrena deben mirarse como casos sumamente escepcionales. Háse dicho tambien que podia pasar al *estado crónico*, pero no se encuentran en ninguna parte ejemplos de esta especie. Sin embargo, se concibe desde luego que á consecuencia de ligeras inflamaciones repetidas con frecuencia, puede el istmo de las fauces convertirse en asiento de una irritacion crónica, como veremos que acontece en las amigdalas.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Fácilmente se comprende cuán escasas deben ser las investigaciones de este género; bastando decir que, segun lo que se observa durante la vida y ha podido apreciarse en sugetos que han sucumbido de otras afecciones, el infarto, reblandecimiento, estado granuloso, rubicundez mas ó menos intensa de la mucosa, ligera infiltracion edematosa, en algunos casos aunque raros, abscesos del velo palatino y sus pilares, constituyen las lesiones orgánicas que merecen algun interés.

§. VI. —Diagnóstico y pronóstico.

Es muy fácil el diagnóstico de la faringitis gutural: en efecto, la inspeccion de las partes nos demuestra la flegmasia de la mucosa que esplica los demas síntomas. Cuando se ha formado supuracion, el infarto considerable, limitado á una porcion pequeña, que ocasiona la deformidad del velo palatino y empuja á la campanilla sobre el lado opuesto, un dolor mas ó menos vivo y persistente que de ordinario, y una dificultad en la deglucion y movimientos de la mandíbula son las bases del diagnóstico. Inútil seria, segun se ve, presentar un cuadro sinóptico.

Pronóstico. El pronóstico de esta afeccion es poco grave; pues aun en los casos en que ha terminado por supuracion, se consigue siempre la cura.

§. VII.—Tratamiento.

La poca gravedad de la afeccion ha motivado el descuido en su tratamiento. En efecto, recorriendo cuanto se ha dicho en esta materia, se ve que todas las prescripciones de los autores se refieren á la amigdalitis, de que luego hablaremos, mas bien que á la enfermedad de que tratamos.

Asi se propinan indistintamente para ambas especies, la *sangría general* recomendada por Celso (lib. 4. cap. 6.), y la aplicacion de *sanguijuelas* al cuello. No creo oportuno insistir mas en un punto de que debo ocuparme mas adelante.

Hánse empleado ordinariamente los gargarismos atemperantes, emolientes, que se han hecho algunas veces astringentes con la adicion del *jarabe de moras*, *cocimiento de zarza*, *rosas rojas*, *corteza de roble*, *retama*, etc., segun aconseja J. Franck, y la de una corta cantidad de *vinagre* ó de algun ácido concentrado como el *sulfúrico*. Algunos autores recomiendan la *sal marina* y el *acetato de plomo*; Pringle añadia al *cocimiento de higos* mezclado con leche y agua, algunas gotas de *amoniaco*. Igualmente se prescriben estas sustancias en bebida.

Alumbre. En estos tiempos se han usado tópicos mas enérgicos, y en especial el *alumbre*, que sin embargo no es un medicamento nuevo en el tratamiento de la angina. Zobelius lo empleaba mezclado con otras sustancias, resultan-

do de aquí una sal que denominaba *sal pharyngeum*: He aquí su composicion:

R.	Cremor tártaro.	áá 2 partes.
	Nitro.	
	Alumbre.	1

Disuélvase en vinagre.

Pero hoy dia se prefiere generalmente el *alumbre pulverizado*. Velpeau, que es quien mas le recomienda, no solo lo aplica á la angina que nos ocupa, sino á todas las profundas y graves. Puede usarse el alumbre, ya en *insuflacion* (*véase para el instrumento y modo de insuflar* el tomo 1.º), ya simplemente en *fricciones* á beneficio del dedo. Para practicarlas basta remojar el índice y ponerlo en contacto de este modo con el polvo de alumbre, con lo que se impregna suficientemente, pasándolo despues por los puntos de la garganta que le son accesibles.

En los casos de anginas leves, como son los que nos ocupan, el alumbre, segun Velpeau (*Memoire presenté a l' Acad. royale des Sciences* le 16 mars, 1835), detiene los progresos como por encanto, con tal que se haya usado próximamente al principio de la enfermedad. A. Laennec (de Nantes) dice haberlo empleado tambien con ventajas. Desgraciadamente no conocemos los detalles de los hechos en que se ha puesto en práctica este tratamiento.

Los *eméticos*, que figuran en el tratamiento de otras anginas, tambien se han prescrito con bastante frecuencia en la faringitis llamada catarral, y sobre todo en ciertas epidemias en que se ha creido que tenia la enfermedad el carácter de las biliosas. Pero examinando la relacion de los autores, se ve que no han tenido presentes sus divisiones, sino que se ha echado mano indiferentemente de este remedio en cuantas clases de faringitis agudas se han admitido. Resulta de aquí una gran dificultad en la valuacion de los efectos del emético aplicado al tratamiento de las anginas; pero es cuestion de que volveré á ocuparme al tratar de la *faringitis tonsilar*.

Segun Roche, no tienen mas ventajas los eméticos, usados en la especie de que se trata, que producir una escitacion particular en los tejidos infartados, que solo por esta condicion determinan las náuseas, espuicion frecuente, gusto desagradable y estado pegajoso de la lengua.

Es cierto que cuanto han escrito los autores en esta materia, carece absolutamente de utilidad para nosotros; pues

para precisar la eficacia de los eméticos en tales casos hubiera sido necesario reunir gran número de hechos, en los que se apreciasen la gravedad de la enfermedad, su curso y duracion habitual, juntamente con los efectos de los medicamentos, cosa que por desgracia se ha omitido.

No se han empleado los purgantes en esta afeccion; contentándose con mantener libre el vientre á beneficio de enemas emolientes ó ligeramente laxantes.

Cuantos remedios acaban de esponerse no se han usado mas que en casos de ser la enfermedad algo grave é ir acompañada de reaccion febril. Pues en los demas, que son los mas frecuentes, se limitan á prescribir bebidas emolientes, tales como la infusion de malvas, gordolobo ó un ligero cocimiento de malvabisco; algunos gargarismos atemperantes ó acídulos; la aplicacion alrededor del cuello de cataplasmas emolientes templadas; algunas enemas refrigerantes ó ligeramente purgantes; y por último pediluvios estimulantes con la mostaza, sal y el ácido *hidroclórico*, unidos á un régimen severo y á la remocion de toda causa que pueda aumentar la intensidad de la afeccion tal, como la esposicion al frio y en especial húmedo.

Resúmen y *prescripcion.* De cuanto precede, se deduce que la mayor parte de tratamientos espuestos solo se han empleado en casos fijos. Resultando de esto una confusion que solo podrá combatir la observacion; pudiendo solo decir que basta casi siempre el uso de medios sencillos para disipar esta ligera faringitis. Respecto á los mas graves, una prescripcion bastará para indicar al médico la conducta que debe seguir.

Prescripcion.

En un caso de faringitis gutural con reaccion febril.

1.° Para bebida, infusion de violetas dulcificada con el jarabe de moras.
2.° Gargarismos emolientes ó ligeramente acídulos.
3.° Fricciones sobre la parte inflamada con el polvo de alumbre.
4.° Pediluvios sinapizados ó hechos mas escitantes con el ácido clorídrico.
5.° Mantener libre el vientre á beneficio de enemas emolientes á las que se pueden añadir ocho ó diez dracmas de miel mercurial.
6.° En los casos mas intensos una sangría general de 9 onzas, con preferencia á la aplicacion de sanguijuelas á la base de la mandíbula, que debe reservarse para los niños.
7.° Régimen bastante severo y evitar el frio húmedo.

SEGUNDA ESPECIE: *Faringitis tonsilar* (amigdalitis).

Esta afeccion, una de las mas frecuentes del cuadro nosológico, se ha estudiado mejor que la especie precedente: debiendo referir á ella la mayor parte de descripciones consignadas en los autores acerca de la angina franca aguda. Aunque los médicos modernos hayan formado su historia bajo el nombre de *amigdalitis*, no se crea por eso que en el mayor número de casos se limita solo á las amigdalas. En efecto, casi siempre participan de la inflamacion los pilares del velo palatino, y en ocasiones hasta este último. De aquí se deduce que no debe concederse una gran importancia á las anteriores divisiones, pues solo son útiles en casos limitados.

Han admitido los autores muchas especies de faringitis tonsilar, en consideracion á las circunstancias que acompañan á su aparicion. Así que pueden referirse á ella las variedades descritas bajo los nombres de *angina gástrica*, *biliosa*, *sanguinea*, *franca y legítima*; ó bien *angina complicada*, como la que se presenta durante el curso de ciertas afecciones, tales como la *escarlatina* y *sarampion*; ó tambien *angina supuratoria* y *sofocante*, denominaciones fundadas en la manera de terminar ó en el enorme infarto de los tejidos: finalmente en gran número de casos se la conoce con el de *angina catarral*; porque no debe creerse que aun cuando aparezca la enfermedad bajo el influjo de una constitucion atmosférica particular, permanece limitada á la mucosa que tapiza la faringe. Hoy dia, segun acaba de verse, está fundada esta especie en el asiento principal de la afeccion.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Consiste la faringitis tonsilar en una inflamacion de la faringe cuyo carácter mas notable es el infarto, á veces escesivo de las amigdalas.

Háse descrito esta afeccion bajo los nombres: de *cinanquia tonsillaris*, *angina cum tumore*, *angina tons llarum*, *angina synochalis*, *sanguinea*, *vera et legitima*. Los ingleses la denominan *quinsi* y *tonsillitis*; los alemanes *kehlsuch*; y los españoles describen con el de *garrotillo* esta misma afeccion, pero cuando ha llegado á producir una horrorosa sofocacion. Hemos visto que Pinel la conocia con el de *angina gutural*, y que los médicos franceses modernos le dan el nombre de *amigdalitis*.

Resulta la gran *frecuencia* de esta enfermedad de la observacion anual de muchos casos. Cada año, ya en primavera, ya aunque en menor proporcion al principio del otoño, se la ve acometer á muchísimos sugetos, del mismo modo que dijimos se manifestaban casi en iguales épocas las *bronquitis* y *corizas*.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

A la manera que la mayor parte de las flegmasias de las mucosas que acometen á muchos individuos en ciertas épocas del año, la faringitis tonsilar exige necesariamente para presentarse una predisposicion, mucho mayor que las demas inflamaciones. Parece ser esta predisposicion mas bien el efecto de circunstancias atmosféricas que obran por mas ó menos tiempo sobre un pueblo, que el resultado de las condiciones particulares en que se encuentran los individuos.

Acomete indistintamente en todas las *edades*; y mas arriba vimos lo que dijo Billard (*loc. cit.*) al tratar de la faringitis de los recien nacidos. J. Franck cita ejemplos de anginas observadas en niños y ancianos, y no hay médico que no haya tenido lugar de comprobarlo. Sin embargo, puede decirse que los adultos son los mas espuestos á padecerlas. Segun Rilliet y Barthez, la faringitis en los niños ocupa casi todos los tejidos de la faringe, los que hemos considerado como asiento de diversas especies: así que puede decirse que en ellos no se halla otra que la *angina composita* de Borsieri.

Lo que dejo consignado relativamente á las edades, ha sido confirmado por las observaciones hechas por Louis en el hospital de la Caridad. Habiendo recogido este práctico 41 casos de anginas, vió que solo tres sugetos tenian mas de cuarenta años, y que en los restantes era de veinte y cinco y medio la época en que mas se presentaron.

Respecto al *sexo*, era opinion generalmente admitida que la faringitis tonsilar ataca con mas frecuencia á los hombres, hasta que las observaciones de Louis y Ruiz vinieron á demostrar lo contrario. Observó el primero que en treinta individuos de una sala donde habia igual número de camas para los hombres y mujeres, solo se presentó en diez de aquellos.

Generalmente se cree que el *temperamento sanguíneo* y una *constitucion robusta* predisponen á la faringitis tonsilar; pero nada hay mas hipotético. Sydenham sentó una proposicion

singular cuando dijo que los sugetos de *cabello rojo* estaban mas dispuestos á padecerla que los demas. J. Frank esplica esta particularidad diciendo que el color rojo del sistema piloso es mas comun en Inglaterra que en otros paises.

Tales son las principales causas predisponentes relativas al sugeto; pero es preciso añadir una *predisposicion particular* é inesplicable que se nos presenta por medio de hechos incontestables. En efecto, se observan varios sugetos que tienen una propension d cidida á padecer la faringitis tonsilar; así que se ven atacados de ella dos ó tres veces en el espacio de un año. Tendencia que subsiste por espacio de mucho tiempo, desapareciendo á medida que avanzan en edad, empezando ordinariamente en la pubertad. Todos los autores han comprobado estas recidivas, y Louis especialmente ha visto que en cuantos individuos ha asistido, ya habian tenido diferentes ataques.

Lo que he dicho mas arriba prueba la gran *influencia de las estaciones*. Preciso es repetir que se observan la mayor parte de casos al principio de la primavera, y mas si es lluviosa, sin duda por los frecuentes cambios de temperatura; siendo poco constante el grado de intensidad. Esta es la causa de ádquirir en semejante época el carácter epidémico, como puede verse en cuantas relaciones nos han trasmitido los médicos (véase Ozanam, *His. des Epid*).

Respecto al influjo de los *polvos irritantes* de que está cargada la atmósfera, podemos decir que se halla muy distante de una demostracion satisfactoria, pues carecen de exactitud las observaciones de esta clase. Efectivamente, se trata en este caso de una cuestion de proporcion, y por consiguiente se debiera demostrar que, en épocas determinadas, los sugetos que viven en tales condiciones atmosféricas son mas atacados que los otros, cosa que nadie ha pensado comprobar.

2.° *Causas ocasionales.*

Encuéntranse entre las causas ocasionales mas abonadas para producirla, la *impresion del frio* y *humedad*, ya que obrando de un modo rápido determine una supresion del sudor, ya que lo ejecute de un modo lento, como el recibir por mucho tiempo una corriente de aire, ó bien la larga permanencia en un *lugar frio* y *húmedo*. Háse dicho que una de las mas poderosas era la esposicion al aire ó al frio del *cuello desnudo*, ó bien un *enfriamiento repentino de los pies*; pero son cuestiones que se han ventilado de una manera superfi-

cial. Finalmente, tambien se ha colocado entre ellas la *ingestion de los helados.*

Cítanse á continuacion numerosas causas, mas bien admitidas bajo la palabra de los prácticos que sancionadas por la demostracion: así la *amenorrea* (Aetius) y *hemorroides*; la omision de una sangría habitual (F. Hoffman); la *equitacion* ó una *carrera contra el viento*, los *grandes esfuerzos de la voz*; cualquiera *irritacion* de la pared posterior de la garganta, tal como la que producen los *gases irritantes*; pero necesario es insistir de nuevo en lo que dijimos anteriormente, que la accion de estas causas siempre es mas intensa sobre la laringe y tráquea. Preciso es dedicarse á estudios mas profundos para poder apreciar todo el valor de dichas causas.

Segun Lanzoni (*Misc. Nat. Cur.*, cent. 1, obs. 61, p. 134), observó un caso de faringitis tonsilar producida por la *supresion* del *moco nasal*. No cito este hecho sino para demostrar cuán facilmente puede inducir á error una observacion poco atenta; porque es claro que en este caso solo hubo una simple propagacion de la inflamacion de las fosas nasales á la faringe.

Naturalmente me conducen estas consideraciones á indicar con cuánta facilidad se propaga la inflamacion de las fosas nasales á la faringe, produciendo así la de este último órgano; pero casi siempre en estos casos es muy leve, pues la primera no hace mas, por decirlo así, que atravesar dicha cavidad para irse á situar en los puntos mas profundos de las vias respiratorias.

Tampoco existen en las observaciones que poseemos de dicha afeccion, razones que prueben que una amigdala esté mas espuesta á padecerla que otra. Por el contrario, mas bien se deduce de ellas que en oposicion al parecer de Bosquillon, casi siempre la faringitis ataca á ambas. Volveré á ocuparme de este punto al hacerlo del curso de la enfermedad.

§. III.—Síntomas.

Principio. La faringitis tonsilar empieza con mas frecuencia que las especies precedentes por movimiento febril. Este hecho, notado por casi todos los prácticos, en vano han querido desmentirle cuando dominaban las doctrinas de Broussais. Tan particular es dicho principio que Stoll define la angina inflamatoria: una *fiebre general* con *inflamacion de las tonsilas*. Cuando aparece la afeccion en esta forma, es-

perimentan los pacientes uno ó muchos calosfrios, en general pasajeros, y alternados de un calor que acaba por ser el predominante; coincidiendo con estos síntomas inapetencia, y á veces náuseas mas ó menos frecuentes. No tardan mucho en sentir cefalalgia, pesadez de cabeza, cara encendida, dolores vagos en las estremidades, sucediéndose inmediatamente los síntomas propios de la faringitis tonsilar.

Pero en un número mas considerable de casos, segun las observaciones de Louis, empieza el mal por los síntomas locales, presentándose entonces dificultad en la deglucion y sensacion de un cuerpo estraño en la faringe. De aquí se infiere que la proposicion de Stoll, si bien es exacta en cierto número de casos, no debe sin embargo considerarse como la espresion de los hechos.

Síntomas. Cuando se ha declarado la afeccion, se presentan por parte de la faringe los síntomas siguientes:

Dolor mas ó menos considerable que siempre se exacerba mucho con la *deglucion*, y que parece con frecuencia depender de la *sensacion de un cuerpo estraño* que determina la inflamacion de las amigdalas y la sequedad de las paredes bucales, seguida poco tiempo despues de una superabundante secrecion mucosa en los tejidos afectos. Puede exacerbarse ademas este dolor por una presion ejecutada por bajo de la base de la mandíbula, delante del borde anterior del músculo esterno-mastoideo, es decir, en el punto correspondiente á la cara esterna de la amigdala; bastando algunas veces en efecto la mas leve para producir un dolor intenso. Tambien provoca dicho síntoma el paso por la faringe de líquidos demasiado calientes, y en ocasiones el del aire frio por los tejidos afectos.

Acabamos de ver que la deglucion ocasiona un dolor considerable, resultando ademas dificultad para practicarlo, principalmente cuando el sugeto quiere tragar las bebidas; sin embargo, por un movimiento involuntario propende á tragar á menudo la saliva y mucosidades que abundan en la faringe. Dificulta tambien la deglucion el aumento de volúmen de las amigdalas: cuando es muy considerable en términos de llegar á tocarse por sus superficies internas, esperimentan los enfermos casi imposibilidad de tragar y salen los líquidos por las *fosas nasales*. Entonces es cuando ejecutan movimientos particulares, contorsiones mas ó menos molestas, que segun algunos autores pueden convertirse en verdaderas convulsiones.

He dicho anteriormente que al principio se observaba la garganta muy seca, fenómeno comun á toda inflamacion in-

cipiente de la mucosa; pero al cabo de un tiempo variable, *aumenta la secrecion* del *moco*, redoblando entonces el enfermo los movimientos de deglucion, ó bien tratando contínuamente de desprender las mucosidades de la garganta, que llegan á arrojar bajo la forma de un *líquido filamentoso, opalino, blanquecino espeso*, y que algunas veces contiene pequeñas *concreciones* blanquecinas, cuyo orígen veremos existe en la secrecion morbosa de los folículos de las amigdalas.

Altérase notablemente la voz en muchos casos: así que es apagada, nasal y ronca; fenómenos que se hallan íntimamente relacionados con el infarto mayor ó menor de las tonsilas.

Cuando este es muy escesivo, puede convertirse en obstáculo para la *respiracion*; pero las mas veces solo sufre esta una mediana alteracion, dependiendo generalmente de la propagacion de la flegmasia á la laringe.

La *sordera*, ya simple, ya doble, es otro de los fenómenos que acompañan á esta afeccion, esplicándose su existencia por el tránsito de la inflamacion á la trompa de Eustaquio y demas partes que rodean la rama de la mandíbula inferior.

El *exámen de la faringe* es uno de los puntos mas importantes en esta afeccion. En efecto, se ve en primer lugar que los pilares del velo palatino participan de ella mas ó menos, que son empujados hácia adelante y atrás, y segun la época en que se examine al paciente (al menos en el mayor numero de casos) se observa que se presenta una de las amigdalas ó ambas á la vez *prominentes*, redondeadas, sobrepasando á los pilares, y algunas veces tan aproximadas que no dejan entre sí el intervalo de medio dedo.

Estos tumores, que han perdido la forma de una almendra, propia de las amigdalas, no ofrecen generalmente una superficie igual. Así se observan *depresiones* mas ó menos estensas en las que suelen hallarse *concreciones blanquecinas* de aspecto caseoso ó apizarrado, fáciles de desprender. Han tomado muchos autores, y en especial J. Franck (*loc. cit.*), dichas concreciones por pústulas desarrolladas en la mucosa faríng a; pero todos saben hoy que resultan esc'usivamente de las lagunas de los folículos y de la secrecion abundante y alterada del líquido que producen.

Cuando la inflamacion ha llegado á su mayor grado de intensidad, se propaga á puntos mas ó menos distantes de la mucosa que tapiza dichas glándulas: entonces se la reconoce por la *rubicundez viva* que ocupa las partes que están alrededor de las lesiones descritas anteriormente, por la abun-

dante secrecion de mucosidades de la pared posterior de la faringe, que algunas veces parece están tapizando dicha pared; estos son ejemplos de *angina compuesta* de Borsieri, de que hemos hablado muchas veces.

No menciono en este lugar otras concreciones membranosas que han dicho aparecian en la superficie de las mucosas, en razon á que por leves que sean, pertenecen á otra forma que debo describir en la continuacion de este artículo, es decir, á la faringitis seudo-membranosa. Pero preciso es indicar una disposicion particular de las materias escretadas que conviene conocer, pues podria inducirnos á error acerca de la naturaleza de la enfermedad. Consiste pues en una capa muco-purulenta que han indicado cuidadosamente Rilliet y Barthez, de sumo interés en los niños; pues que en ellos, como se verá mas adelante, es donde se desarrolla con mas frecuencia la angina pultácea y seudo-membranosa. Es fácil desprender esta capa puriforme, y entonces se ven los caractéres indicados en los tejidos subyacentes.

Tal es el aspecto de los órganos inflamados, si bien hay algunas notables escepciones: así es, como por ejemplo, que los autores que acabo de citar (*Traité clin. et prat. des Mal. des Enf.*, t. 1, p. 273) refieren el hecho en que estaban todos los tejidos accesibles á la vista, aunque muy inflamados, sumamente descoloridos.

De la disposicion en que hemos dicho permanecian estas partes, resulta que la campanilla está algunas veces como comprimida entre las amigdalas hinchadas, llegando hasta ocultárnosla. Entonces hay una completa obstruccion del istmo de las fauces, no pudiendo penetrar mas nuestra vista que hasta la superficie de dichas glándulas.

Tambien puede sernos útil la esploracion ejecutada por debajo del ángulo de la mandíbula. Así que, á falta de toda inflamacion de los ganglios maxilares, es fácil apreciar por medio de la palpacion una dureza profunda, indicio de la inflamacion de las amigdalas. Cuando es muy graduada esta y apreciable á simple vista, se observa la propagacion de la flegmasia á los ganglios linfáticos y tejido celular inmediato. Puede en tales casos el infarto esterno hacerse tan considerable, que llegue á determinar la deformidad del cuello. En casos semejantes tal vez era en los que los antiguos admitian la *parasynanquia*. Entonces hay suma dificultad en abrir la boca y no se puede esplorar la faringe, hallándose tambien bastante embarazada la deglucion.

Tales son los síntomas que generalmente se observan en

los casos ordinarios; pero cuando la enfermedad termina por *supuracion*, es decir, cuando existe una angina supuratoria, nombre que Boerhaave aplicaba á muchas enfermedades distintas, se nota mas infartado un lado que otro, pues es raro que ocurra simultáneamente la supuracion de ambas amigdalas. Adquiere la voz cualidades mas desagradables; pues se hace gangosa, aumentando tambien la intensidad de los dolores. En tales circunstancias es cuando se han observado fenómenos muy alarmantes de una *sofocacion* inminente, efecto debido al escesivo aumento de volúmen de las amigdalas que comprimen la epiglotis. Con mucha frecuencia percibe el enfermo una especie de pulsacion en el tumor, infartándose casi siempre los ganglios submaxilares. Es tambien fácil algunas veces apreciar en la superficie interna de la amigdala una prominencia que anuncia que va á abrirse el absceso, verificándose realmente en el mismo lugar. Auméntase entonces la salivacion, que con frecuencia es muy fétida y de un gusto bastante desagradable, sigue á esto un alivio muy notable, sobreviniendo inmediatamente la sofocacion. Tales son los casos que se han dado á conocer con el nombre de *abscesos de las amigdalas*.

Omito hablar en este lugar de los síntomas que anuncian la gangrena, pues me propongo hacerlo en un artículo especial consagrado á la faringitis gangrenosa.

Mientras que los síntomas locales adquieren este desarrollo, persisten los *generales*, ó bien se exacerban en los casos mas graves. Aparece la cara rubicunda y hay cefalalgia contínua, si bien es menos intensa que al principio de la enfermedad; se presenta el insomnio, agitacion durante la noche, fenómeno que agrava la dificultad de respirar. Cuando el infarto es muy escesivo, se quejan los enfermos de un gusto desagradable de pastosidad en la boca, y tienen el aliento mas ó menos fétido; esperimentan sed é inapetencia; no se observan generalmente síntomas notables dependientes del tubo digestivo, y lo que solo existe es una astriccion de vientre mas ó menos pertinaz. La orina es escasa, roja y espesa.

Todavía es necesario insistir en este punto, pues por mas importancia que se haya dado á los síntomas generales, en el mayor número de casos faltan, ó son sumamente leves; pudiendo decir que solo cuando la faringitis determina la supuracion de las amígdalas aparecen con mayor intensidad.

Dijimos anteriormente que muchos autores admitian di-

versas formas de faringitis tonsilar. Así es que hallamos entre las primeras á la *angina gástrica*, caracterizada, segun ellos, por una notable inapetencia, mal gusto de boca, lengua cubierta de una capa mucosa, náuseas, vómitos, la aparicion de *aftas* en lo interior de la boca, y una rubicundez general de la faringe con dolor mas intenso que en las demas anginas. Fácil es observar que esta descripcion, tal como Tissot, Lentin y muchos otros la presentan, no tiene otra base que la exacerbacion de algunos síntomas propios de la faringitis tonsilar. De modo que si se quieren multiplicar las divisiones fundadas solo en ligeros caractéres, será necesario adoptar el mismo proceder en todas las enfermedades, multiplicando las especies hasta el infinito.

La *angina biliosa* de Stoll es muy semejante á la que acabamos de describir; siendo casi sus caractéres esclusivos la coloracion amarillenta de los labios y los vómitos. Pero son enteramente aplicables á esta forma las reflexiones de la precedente, volviendo á mencionarla cuando me ocupe del tratamiento.

Respecto á la *angina artrítica* que admite Sauvages (*Nosol. method.*, ord. 3.°, classe 3.ª), Musgrave (*de Arthritide anomali;* Amstel, 1710), y Peterson (*Dissertatio de Anginâ arthriticâ*; Upsahl, 1793), hé aquí, segun J. Franck, que ha estudiado estos autores, cuáles son sus caractéres: aparece en aquellas épocas en que solian hacerlo los ataques de gota y reumatismo articular, terminando casi siempre por una abundante supuracion ,y presentándose en una amigdala luego que ha corrido todos sus períodos en la otra. Reemplaza á los ataques de gota, en términos de dejar libres á los enfermos de ellos por mas ó menos tiempo; y en algunos casos, segun Schenck, se forman en el interior de las tonsilas cálculos semejantes á las concreciones tofáceas de las articulaciones.

Por lo espuesto se deduce cuán necesarias son nuevas investigaciones en este punto; pórque nada prueba que no se hayan equivocado dichos profesores por simples coincidencias; y respecto á los presuntos cálculos hallados por Schenck, nadie ignora que se observan semejantes concreciones en los casos ordinarios de anginas.

Finalmente, se ha descrito una *angina intermitente* periódica. Barbette (*Opera omnia;* Genevæ, 1688), Dumas (*Journ. de Sedillot*, tom. 19, pág. 422), Caron (*ibid.*, t. 23), y Puccinotti (*Storia delle Febr. interm.*; Roma, 1824), autores citados por J. Franck, refieren casos en que la angina

ofrecia en su curso intermitencias mas ó menos notables; pero preciso es confesar que estas no eran completas; que dicha angina sobrevenia principalmente en el curso de una fiebre que ellos denominaban *remitente*, que podria muy bien ser sintomática de la angina; por último, que en el caso referido por Barbette, pareció depender la pretendida intermitencia únicamente de los diversos medios muy enérgicos empleados para combatirla. Así que, no está demostrada de un modo incontestable la existencia de la angina intermitente. A pesar de todo, no debe negarse su posibilidad, debiendo aplicar á esta afeccion el precepto general que he tenido ocasion de dar á conocer; es decir, que el médico debe estar prevenido respecto á la posibilidad de ser intermitentes las enfermedades.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El curso de la faringitis tonsilar ordinariamente es contínuo y rápido. Despues de haber adquirido todo su desarrollo en algunos dias, van en seguida disminuyendo los síntomas poco á poco. Desisto de ocuparme ahora de la faringitis tonsilar intermitente admitida por algunos médicos.

La duracion de la enfermedad varía necesariamente en razon de su intensidad. La ligera ó medianamente grave desaparece en un septenario cuando mas. Pero si coexiste, con fenómenos febriles graduados, una inflamacion muy considerable del istmo de las fauces, entonces se prolonga la afeccion, pero no tanto que no ceda antes de concluir el segundo septenario. Igual acontece cuando la amigdalitis termina por supuracion; es verdad que entonces acompañan á la dolencia síntomas mas violentos, pero no por eso se aumenta su duracion; pues tan luego como se abre el absceso, sobreviene con mucha rapidez la curacion.

Casi siempre *termina* por resolucion, si bien he mencionado la supuracion. Respecto á la gangrena, puede decirse que es sumamente rara en la faringitis verdaderamente inflamatoria; pero este es punto que, segun he dicho, volverá á ocuparnos al tratar de la faringitis gangrenosa.

§. V.—Lesiones anatómicas.

La precedente descripcion me impide estenderme mucho sobre estas lesiones. Creo que es, cuando menos, muy improbable que se haya hecho la autopsia de un sugeto muerto de una faringitis tonsilar simple. En los casos en que el enfermo sucumba de otra afeccion, se pueden hallar las amig-

dalas inflamadas, cubiertas de moco ó de un líquido purié-mulo; infiltrados sus tejidos, engrosada la membrana que las cubre y reblandecida, muy marcados sus surcos y llenos de concreciones caseosas.

Cuando la supuracion las ha comprendido totalmente, se encuentran abscesos sinuosos que contienen una sanies fétida, en cuyos contornos hay una inflamacion mas ó menos estensa, que propagándose hasta la laringe puede dar lugar al edema de la glotis, que siempre ofrece sus caractéres anatómicos ordinarios.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Casi siempre es muy fácil el diagnóstico de la faringitis tonsilar. Los síntomas locales y el reconocimiento de la garganta pueden efectivamente disipar cuantas dudas ocurran al médico. Sin embargo, hay casos que merecen un exámen particular: cuando no puede, por ejemplo, abrir la boca el enfermo, á consecuencia de una inflamacion de la garganta y ganglios submaxilares, y se presenta una sofocacion alarmante, que hace sospechar la propagacion á la laringe de una afeccion particular, el croup. He consignado ya en el primer tomo de esta obra (véase pág. 358), el diagnóstico diferencial de ambas afecciones; bastándome ahora reproducirle en el cuadro sinóptico.

Hay en el diagnóstico otra cuestion sumamente importante: ¿por qué caractéres se reconocerá que la faringitis es simple? ¿Cómo podrá distinguirse de otras formas, tales como la pultácea, seudo-membranosa y gangrenosa? En el mayor número de casos es tan fácil el diagnóstico diferencial, que es ocioso entrar en su discusion; pero hemos visto que algunas veces se formaban en la superficie de las amigdalas puntos blancos, que pudieran hacer sospechar la aparicion de una seudo-membrana. La manera de precaver una equivocacion es la siguiente: estos puntos tienen un color blanco mate, son circunscritos y forman una prominencia notable en la superficie de la amigdala; tampoco se estienden de un dia á otro mas allá del sitio en que aparecieron; y si se les desprende, lo que es bastante fácil, se advierte la depresion foliculosa de que toma orígen. En el caso contrario, aparecen pequeñas islas de seudo-membrana incipiente, se advierten puntos poco prominentes grises, con alguna trasparencia, cuyos bordes parecen confundirse con la mucosa, y sobre la que se estienden con grande rapidez. Esperiméntase mucha dificultad cuando se trata de desprenderla, y cuando se con-

sigue, da sangre la mucosa subyacente y no ofrece ninguna laguna foliculosa.

Algunas veces se observa, segun he dicho mas arriba, en la superficie de la amigdala inflamada, una costra moco-purulenta, que puede confundirse con una seudo-membrana: basta entonces, segun aconsejan Rilliet y Barthez, desprender, á beneficio de un pincel, la capa de líquido espesado, para ver que solo se trata de una angina inflamatoria. No me ocupo de la fetidez del aliento, ni de otros síntomas concomitantes, por las pocas luces que arrojan sobre el diagnóstico.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Caractéres diferenciales de la faringitis tonsilar intensa, y de la laringitis seudo-membranosa.*

FARINGITIS TONSILAR.	LARINGITIS SEUDO-MEMBRANOSA.
Sofocacion *continua.*	*Accesos* de sofocacion.
Voz *gangosa* desagradable.	Voz oscura, *apagada.*
Poca ó ninguna *tos.*	Tos ronca, *seca.*
Amigdalas enormemente hinchadas que interceptan el paso del aire.	Amigdalas frecuentemente hinchadas, cubiertas de una seudo-membrana, pero que dejan todavía un libre acceso al aire.

2.° *Caractéres diferenciales de las concreciones foliculosas, y de la seudo-membrana incipiente.*

CONCRECIONES FOLICULOSAS.	SEUDO-MEMBRANA INCIPIENTE.
Color *blanco mate*, muy circunscrito.	Puntos grises *semitrasparentes*, y como difusos.
Bordes que no *parecen confundirse* con la membrana mucosa.	Bordes, semejando continuarse con la mucosa que les rodea.
Forman *prominencia notable* en la superficie de la amigdala.	*Sin prominencia* notable.
No se *estienden* de un dia á otro.	*Progresan* con rapidez de un momento á otro.
Se las desprende *con facilidad.*	*Difíciles* de desprender.
Debajo de ellas lagunas foliculares.	No hay debajo *lagunas foliculares.*

Basta haber presentado este cuadro de los dos diagnósticos diferenciales, únicos que tienen una importancia conocida para el práctico.

Pronóstico. El pronóstico de la faringitis tonsilar es favorable en la mayor parte de casos. En efecto, se observa que termina naturalmente la enfermedad por resolucion. Cuando lo verifica por supuracion, es mas grave el caso, pues así como he dicho mas arriba, puede sobrevenir una laringitis edematosa (edema de la glotis). Felizmente son muy raros los casos de esta especie; y por otra parte puede decirse, que entre ellos la mayor parte terminan favorablemente, por la abertura del absceso al interior de la faringe. Por último, la terminacion por gangrena es muy grave; pero este es un punto que no debe ocuparme hasta uno de los artículos inmediatos.

Si se admitiese la existencia de una faringitis artrítica, se reconoceria, con los autores que de ella han escrito, que esta forma en igualdad de circunstancias solo es un poco mas grave que las demas.

§. VII.—Tratamiento.

Las investigaciones hechas acerca del tratamiento de la faringitis tonsilar, carecen en la mayor parte de puntos, de aquella precision que puede únicamente hacer progresar á la terapéutica. Numerosos son los medios propuestos, pero de valor equívoco; así me limitaré en este párrafo á referir del modo mas conciso las opiniones de los autores, sin poderlas confirmar con los hechos.

No obstante, encontramos noticias positivas respecto á las *emisiones sanguíneas*, debidas á Louis (*Rech. sur les effets de la saignée, etc.;* París, 1835). Se deduce de los hechos sometidos á su observacion, que la *sangría general* tiene una influencia ventajosa relativamente á la duracion de la enfermedad; pero preciso es confesar que esta es mucho mas limitada que lo que se habia supuesto, porque en los sugetos pletóricos no termina hasta el dia noveno, siendo asi que solo se prolonga en los demas hasta el décimo y undecimocuarto. En todos ellos era bastante grave la afeccion, debiendo por consiguiente concluir con que debe practicarse la sangría general en esta dolencia; pero no debe esperarse, á beneficio solo de evacuaciones moderadas, que desaparezcan de un modo repentino faringitis intensas, *yugulándolas*, como se ha dicho en estos últimos tiempos.

Otra cosa seria si se usase la fórmula de las emisiones sanguíneas propuesta por Bouillaud (véase el artículo *Neumonia*, tomo 2.º *de esta obra*). Este autor ha querido fundar el hecho en algunas consideraciones que necesitan el apoyo de

mayor número de observaciones, que no pueden tenerse como él mismo confiesa. Preciso es, antes de decidirse, esperar á que se presenten y analicen estas observaciones, lo que Bouillaud se propuso ejecutar. Entretanto podemos decir, que la diferencia que existe entre los resultados obtenidos por Louis y Bouillaud, á beneficio de sangrías muy diferentes respecto á su abundancia, son numéricamente casi insignificantes; pues el término medio en los enfermos curados por Bouillaud ha sido ocho dias.

Inútil es añadir que casi todos los prácticos se han decidido en favor de la sangría general, por mas que no hayan tratado de averiguar su valor. Sin embargo, existen casos en que las opiniones están divididas; tal es principalmente en la *forma llamada biliosa*, de la que Stoll se ha ocupado mucho. Segun él (*Ratio Medendi*, parte 4.ª, pág. 61), poco era el efecto de la sangría en la epidemia de 1779, mientras que tan luego como se administraba un emético, se aliviaban considerablemente las síntomas, como lo demostraba la facilidad de la deglucion, abolida hasta entonces. Imposible es entrar en la discusion de semejantes proposiciones, no habiendo citado los hechos en que se apoyan, pues no seria mas que anticiparse á la observacion. Decimos solamente que los prácticos modernos, á pesar de recomendar los eméticos, de que se tratará mas adelante, no han concedido la mayor importancia á la forma de la enfermedad.

¿Cuál es el punto en que debe practicarse la sangría general? Los antiguos discutieron largo tiempo este punto de terapéutica, olvidado en estos últimos tiempos, conviniendo todos en que lo esencial era sustraer cierta cantidad de sangre, por lo que prefirieron la sangría del brazo como mas sencilla y fácil. Pero Chauffard (*Arch. gén. de Méd.*, tom. 27 y 29), ha resucitado esta cuestion, tratando de probar con algunos hechos que la *sangría derivativa*, es decir, la *de pié*, ejercia mayor influencia que las otras; pero el limitado número de sus observaciones está muy distante de resolver el problema, pues Chauffard no ha contado, ni con la época en que se hizo la evacuacion, ni el curso natural de la afeccion; en una palabra, con ninguna de las circunstancias mas importantes.

Nada mas comun que prescribir una aplicacion de *sanguijuelas*, frecuentemente en gran número, hácia la base de la mandíbula; pero segun las investigaciones de Louis, nunca tiene esta un resultado tan completo como las evacuaciones generales; ó mejor dicho, en los casos que ha presenciado no ha dado resultado apreciable, pues la afeccion ha seguido

su curso ordinario despues de emplear tal remedio. Broussais (*Cours de Path.*; 1834) opina de un modo diametralmente opuesto; pero para que su modo de pensar tuviese todo el valor apetecible, era necesario que le fundase, no en teorías, sino en hechos positivos, cosa que está muy distante de suceder. No es fácil convenir con este práctico, en que se pueda hacer abortar á la afeccion, á beneficio de un golpe de sanguijuelas debajo de la mandíbula, aunque se apliquen al principio. Tan aventurada es esta proposicion como la de Chauffard, que atribuye, sin haberlo esperimentado, funestos resultados á esta práctica.

Tenia Broussais tal confianza en las sangrías locales, que mandaba, á imitacion de algunos prácticos, aplicar *sanguijuelas en el interior de la faringe*, y hasta sobre la misma tonsila inflamada. Para practicar esta operacion es preciso atravesar á la sanguijuela por un punto distante de su estremidad bucal con un hilo, cuyos dos cabos se mantendrán fuera de la boca. Con esto se evita el que pueda tragarse la sanguijuela antes ó despues de su caida. Segun han observado muy bien los autores del *Compendium*, este medio, de tan difícil y repugnante aplicacion, no tiene una eficacia tan comprobada para que podamos decidirnos á emplearlo. Efectivamente, nada prueba que una sanguijuela aplicada de este modo sea mas eficaz que diez al esterior.

Finalmente, se ponen *sanguijuelas en puntos mas ó menos distantes*: al ano, partes genitales, y al rededor de los tobillos; pero, á menos que no exista un flujo suprimido que se quiera provocar de nuevo, es práctica á que generalmente no se recurre.

En algunos casos tambien se ha ejecutado la sangría local, á beneficio de ventosas escarificadas. Forestus (*Op. omnia*, lib. 15, obs. 17) las mandaba aplicar entre los omoplatos: igualmente se pueden poner como las sanguijuelas sobre las partes laterales del cuello. Habiéndose empleado pocas veces este medio, carecemos de noticias exactas acerca de su verdadera eficacia.

Por mas que nos valgamos de la lanceta para la *sangría de las venas raninas*, á la que recurrieron los antiguos, y que recomendaron Forestus, Sydenham, Lanzoni, etc., no es otra cosa que una emision local. El peligro que la acompaña, y la falta de pruebas de que sea mas útil que la del brazo, ha hecho renunciar completamente á practicarla.

Otro medio, que hasta cierto punto se asemeja á los precedentes por el aflujo sanguíneo que determina, es la *escari-*

ficacion ó dislaceracion de la parte afecta. Se pueden, á beneficio de un bisturí recto, cuya hoja va envuelta en un vendolete hasta cerca de la punta, ó bien de unas pinzas de Museux, hacer incisiones superficiales, ó dislacerar el tejido de la amígdala inflamada: de este modo se cree determinar un derrame que, seguido de una disminucion del infarto, ocasionará un alivio repentino. Desde luego se echa de ver la necesidad de apoyar esta práctica, que pudiera tener fatales consecuencias en hechos concluyentes; pero por desgracia se observa que solo está fundada la opinion de los prácticos que recomiendan las escarificaciones en meras teorías. Asi que, un profesor prudente debe abstenerse, temiendo no desarrollar una irritacion, que lejos de ser saludable, contribuya á aumentar el mal.

Atemperantes y *emolientes*. En una afeccion de la garganta, mirada como inflamatoria, es natural que inmediatamente se haya echado mano de los emolientes. Así en todos tiempos se han prescrito los *gargarismos* con los cocimientos de malva, malvabisco, simiente de lino, dátiles y azufaifas; las *cataplasmas* de la misma especie aplicadas al rededor del cuello, los fomentos emolientes y las bebidas atemperantes: creo inútil insistir mas en esta materia.

No puede decirse otro tanto acerca de las *fumigaciones* recomendadas ya en tiempo de Hipócrates, y que pueden hacerse con los cocimientos indicados. Pero segun Cullen (*Méd. prat.*), son preferibles á todas, las *de vapor del agua comun*. ¿Pero cuál es el fundamento de semejante asercion?

Acídulos. Las bebidas y gargarismos acídulos se han prescrito á continuacion, con el objeto sin duda de moderar, á beneficio de su accion astringente, un infarto demasiado considerable; por esto es por lo que se recomienda con tanta frecuencia el *jarabe de moras*, considerado por el vulgo como casi específico. Inserto á continuacion la fórmula empleada por Forestus. (*loc. cit.*)

R.	Agua de llanten.	} áá. 4 onzas.
	— de cola de caballo.	
	Zumo ó jarabe de moras.. . , ...	3 id.

Mézclese. Para gargarismos repetidos, siete ú ocho veces al dia.

Cuando sea difícil el hacer gárgaras, recomienda el autor citado tragar bocanaditas de un jarabe de azufaifas, violetas y moras.

Tambien puede prescribirse el gargarismo propuesto por Hecker:

R. Infusion de flor de sauco..... 9 onzas.
Ojimiel escilitico.....
— simple..... } áá. 1 1|2 id.

Mézclese. Para enjuagarse cuatro ó cinco veces al dia.

Acidos. Para hacer mas activos estos gargarismos, se han empleado el *vinagre*, *zumo de limon*, y tambien ácidos mucho mas fuertes, como el *hidroclórico* y *sulfúrico*. Así se prescribe.

R. Agua comun..... 4 onzas.
Jarabe simple,..... 5 dracmas.
Acido sulfúrico..... 20 gotas.

Mézclese.

O bien:

R. Agua destilada de lechuga.... 7 onzas.
Acido hidroclórico puro..... 18 gotas.
Miel rosada..... 10 dracmas.

Mézclese.

Tambien han llegado á aplicar á la faringe preparaciones ácidas mucho mas activas. Sydenham (*Op. omnia*, tomo 1.°, cap. 8), parece fué el primero que recomendó tocar las partes inflamadas con una mezcla muy *saturada* de ácido, compuesta de la miel rosada y el sulfúrico: práctica que muchos han imitado. A pesar de todo, se limitan ordinariamente á lavar con frecuencia estas partes con un colutorio acídulo, tal como el siguiente:

R. Miel..... 2 onzas.
Disuélvase en:
Agua..... 6 idem.
Añádase:
Zumo de limon..... 1|2 idem.

Cuidando de menearlo cuantas veces se use.

¿Tienen los ácidos la eficacia que se ha creido? Cuestion es esta sobre la que no podemos emitir nuestro juicio de un modo positivo. Sin embargo, puede decirse que si la inflamacion es poco graduada y el infarto de los tejidos depende mas bien de un gran aflujo de líquidos, esta medicacion será ventajosa; pero probablemente seria inútil, cuando no dañosa, siempre que la inflamacion esté caracterizada por dolores intensos y profundos, y una rubicundez graduada que anuncie su agudeza.

Cateréticos y *astringentes*. Parece raro que en la faringitis tonsilar simple se hayan empleado los ácidos como cáusticos enérgicos; pero en cambio se han preconizado mucho,

sobre todo en estos últimos años, ciertos medicamentos *cateréticos* y sumamente *astringentes*. Pasemos á estudiarlos.

Alumbre. Colocamos al alumbre en primer lugar, porque despues de haber entrado á formar parte de muchas fórmulas antiguas, ha sido empleado solo, segun hemos visto en otro lugar, y principalmente por Velpeau (*loc. cit.*) Tal vez la enfermedad que nos ocupa es contra la que mas particularmente se ha preconizado su accion. No insistiré sobre el modo cómo se ha usado; pues nada hay mas fácil, en atencion á que no se trata de otra cosa que de conducirle con el dedo sobre las partes inflamadas; pero es preciso añadir, que en el tratamiento aconsejado por Velpeau, se han propinado á la dósis siguiente los gargarismos aluminosos:

R. Alumbre. . . . . de 2 á 4 dracmas.
Cocimiento de cebada. . . . . 4 onzas.

Mézclese y disuélvase. Para enjuagarse dos ó tres veces al dia, en los intervalos de las aplicaciones del alumbre, que deben ejecutarse igual número de veces.

Estos *gargarismos aluminosos*, así como la *insuflacion* de dicha sustancia, ya los prescribieron Lázaro Riverio (*Prax. méd.*, lib. 6), y M. A. Laenec (*Rev. méd.*, tomo 4.°, 1828) cita dos casos en que pareció ceder la angina á tales medios; sin embargo, parece que se han preferido las *fricciones* practicadas con el dedo, de la manera que hemos espuesto.

Tambien se ha propinado el alumbre bajo otras formas; así Thilenius (*Obs. méd. chir.*, Francf.-sur-le-Mem., 1809), usaba unas pastillas, cuya composicion es la siguiente:

R. Sulfato de aluminio y potasa. . . .
Estracto de regaliz. . . . . } áá. partes iguales.
Goma arábiga. . . . . .

M. y h. s. a. pastillas, que los enfermos disolverán en la boca.

Debe preferirse de todas las fórmulas la mas simple; es decir, la que consiste en aplicar con el dedo sobre la faringe el polvo de dicha sustancia.

Borax. El *borax*, que segun un artículo de un diario inglés (*Lond. méd. Repos.*, 1813), se usa hace mucho tiempo en la China, bajo la forma de *insuflacion*, y cuyo modo de obrar es enteramente análogo al del alumbre, tambien ha sido empleado por varios autores; pero respecto de esta materia, no me cansaré de recordar lo que dije al ocuparme del *Muguet* (T. IV pág. 175), donde espuse el modo de usarlo.

Amoniaco. Puede colocarse esta sustancia entre las que se han recomendado con mas empeño: si bien casi siempre se

ha prescrito en colutorio, bajo la forma de sal, ó en el estado de *hidroclorato*. Me bastará indicar algunas fórmulas, de las que ya Polisius propinaba la siguiente:

℞. Siempreviva.. . . . . 1 libra.
Macháquese y añádase:
Hidroclorato de amoniaco.. . . . 2 dracmas.

Mézclese y colóquese la mezcla en un paraje húmedo hasta que se disuelva la sal: decántese y consérvese el líquido.

Los autores mas modernos se han contentado con añadir la *sal amoniaco* á diversas fórmulas. A continuacion inserto la que puede emplearse:

℞. Hidroclorato de amoniaco. . . . 1 dracma.
Agua. . . . . 9 onzas.
Jarabe de vinagre. . . . . 2 idem.

Mézclese exactamente para tres ó cuatro colutorios diarios.

Tambien han echado mano otros del acetato de amoniaco, habiéndole administrado principalmente al interior. Hé aquí la *pocion* que Gœlis recomienda para los niños, en los casos que no van acompañados de mucha fiebre:

℞. Cocimiento de altea. . . . . 1|2 onza.
Espíritu de Minderero. . . . . 1 dracma.
Jarabe de altea. . . . . 1 onza.

Mézclese. Para tomar una cucharada cada dos horas.

Igualmente se ha empleado el *amoniaco* al *esterior*. As. Nost (*Encyklop. der Med. und Chir.*, 1833), propone las fricciones sobre el cuello con el linimento siguiente, en que esta sustancia entra como álcali:

℞. Aceite de beleño. . . . . 1 onza.
Ungüento mercurial.. . . . . 1 y 1|2 dracmas.
Amoniaco líquido. . . . . 1|2 onza.

Mézclese.

Vogler (*Pharm. select.*; Giessen, 1801) usaba los *fomentos* con el agua amoniacal templada, compuestos de la manera siguiente:

℞. Sal amoniaco (hidroclorato). . . . 2 dracmas.
Disuélvase en:
Agua comun. . . . . 6 onzas.

Empápese una franela en este líquido, y rodéese al cuello del enfermo.

O tambien aplicaba la cataplasma siguiente:

R.	Harina de trigo.	5 onzas.
	— de simiente de lino.	1 idem.
	Sal amoniaco pulverizada.	2 dracmas.
	Opio puro.	1 escrúpulo.
	Agua hirviendo.	C. S.

Aplíquese esta cataplasma al rededor del cuello.

Varios medios combinados. Los autores antiguos han multiplicado de tal modo las prescripciones de la faringitis tonsilar, que seria estralimitarme el intentar indicarla; por cuya razon solo presentaré algunas fórmulas, compuestas de numerosos medicamentos.

Sartorius (*Misc. Nat. cur. dec.* 11, an. 1, obs. 123), empleó el siguiente colutorio, en un caso en que el enorme infarto de las amigdalas llegó á poner en peligro la vida.

R.	Rosas rojas. . . . . }	áá. 1 dracma.
	Flores de granado. . . . . }	
	Corteza de idem.	1[2 onza.
	Hojas de roble.	2 escrúpulos.
	Alumbre calcinado.	1 idem.
Cuézase en:		
	Agua acerada.	2 libras.
Añádase:		
	Conserva de moras.	1 onza.

Para tres ó cuatro colutorios al dia.

El mismo autor prescribia *emplastos* y cataplasmas, compuestas con la *pulpa y el jugo de las cebollas*, el *bulbo de las azucenas*, el *nido de las golondrinas*, *etc.* Inútil seria estenderse mas en enumerar estos medios.

Solo diremos de un modo general, que casi todas las sustancias empleadas por los antiguos, y á las que se las puede conceder alguna eficacia, son *astringentes*, *estípticas ó ácidas.*

Eméticos. Con mas frecuencia se han usado los *eméticos* en la amigdalitis que en la angina simple de que hemos hablado en el párrafo anterior. Laennec cita dos casos en los que la angina desapareció de un modo rápido despues de administrar el *emético á altas dosis* (véase *Neumonia*, t. 2 de esta obra); pero necesario será mayor número de hechos, cuyo curso se haya observado atentamente, para comprobar el grado de eficacia de tales remedios en esta afeccion.

A pesar de todo pudiera creerse que dicho medio ejerce una accion favorable, en vista de lo que hemos observado en

otras inflamaciones mas profundas y graves. Sin embargo, nunca pasa esto de mera conjetura, creyendo oportuno el que observaciones mas exactas ilustrasen esta materia.

Tratamiento de la faringitis biliosa de los autores. Hemos visto en la descripcion precedente, que algunos admiten una forma particular de la enfermedad bajo el nombre de *angina biliosa*, y asimismo no hemos podido menos de reconocer las dudas que asaltan al entendimiento del práctico por la poca precision con que la han descrito los autores. Punto es este todavía sobre el que se necesita llamar la atencion de los observadores. Mientras tanto, veamos su terapéutica en los casos en que se admite su existencia. He dicho que Stoll empleaba casi esclusivamente los emeto-catárticos: sin embargo no proscribia absolutamente las evacuaciones sanguíneas, pero aconsejaba que solo se recurriese á ellas cuando coexistiesen con los síntomas biliosos fenómenos inflamatorios algo intensos, empleándolas como preparatorias y propias para favorecer la accion de los eméticos. Forestus (*loc. cit., de Angina biliosa*) recurrió tambien á la sangría en un caso que consideraba como angina biliosa, y para combatir un estreñimiento pertinaz, se limitó á prescribir las *calas* con el objeto de determinar las cámaras. Luego se advierte en este hecho la particularidad de que por mas que se omitió el emético, no por eso dejó de curarse la afeccion con bastante rapidez.

De aquí se deduce cuán vagas noticias poseemos en cuestiones cuya solucion es de tanta importancia; porque á cada momento vemos que los profesores reglan su práctica á las ideas teóricas de nuestros antepasados.

Sea de esto lo que quiera, debo decir que la angina acompañada de caractéres biliosos deberá, hasta que nuevos hechos aclaren este punto, ser tratada como la neumonia llamada *biliosa*, de que he hablado en el segundo tomo de esta obra (pág. 235.)

Solo me he ocupado hasta ahora de la accion medicamentosa del emético; pero hay otro punto de vista especial bajo el cual deben estudiarse estas sustancias. Cuando es evidente que se ha formado un absceso en la amigdala, ó bien llegamos á sospecharlo, y el sugeto esperimenta síntomas alarmantes, se le administra un emético, con la esperanza de que las violentas contracciones de la faringe *acelerarán la rotura del absceso.* Con este proceder se ha conseguido ahorrar al enfermo muchas horas de padecimientos y sofocacion. El mas á propósito en tales casos es el *tártaro estibiado á*

dosis simplemente emética, es decir, á la de 1 *grano para tomarlo de una vez en un cortadillo de agua.*

Purgantes. Poca ha sido la confianza que han inspirado los purgantes en el tratamiento de la angina, asi que solo se han prescrito con el fin de mantener suelto el vientre: esta es la razon porque no vemos consignado en los autores que se haya dado la preferencia á esta ó la otra sustancia. Las *sales purgantes*, los *resinosos*, ó mejor tal vez las simples *enemas laxantes* compuestas con el *aceite de linaza*, la *miel mercurial*, etc., han bastado en todos los casos.

Derivativos. Con el fin de reveler la irritacion sobre puntos mas ó menos distantes de su asiento, se han aconsejado diversos medios, tales como los *pediluvios* ó *maniluvios sinapizados*, ó bien vigorizados con el ácido hidroclórico, los *sinapismos* á las estremidades inferiores, y aun las *cantáridas* á las partes laterales del cuello y á la nuca. Cuando la faringitis es poco graduada, carecen tales medios de utilidad, pues sin ellos se consigue siempre la curacion; por el contrario, cuando es muy intensa y vá acompañada de una fiebre violenta, pueden tener inconvenientes graves aumentando la escitacion de aquella; por eso son remedios que rara vez se usan.

Pyrothonide. Podria en esta ocasion indicar algunos medicamentos que han merecido particular recomendacion de algunos autores; pero me bastará recordar nuevamente que toda su virtud consiste en ser *estípticos*, *cáusticos* ó *astringentes*, por lo que pueden referirse á las clases de aquellos de que antes nos ocupamos, obviando así el volver á enumerarlos, y limitándome á hablar aquí del *pyrothonide* propuesto por Ranque. (*Ann. de la Med. phys.*, tom. 11, p. 203.)

USO DEL PYROTHONIDE.

Esta sustancia no es mas que el aceite pirogenado que se obtiene de la combustion al aire libre del papel, lienzo, cáñamo ó algodon; de la que resulta un líquido negruzco, muy acre, que se dilata en tres ó cuatro veces su peso de agua. Despues de haber separado la especie de carbon ligero que sobrenada, se reduce por la evaporacion este residuo al estado seco, obteniendo el pyrothonide concreto que emplea Ranque.

Hé aquí su fórmula en los casos de anginas.

R.	Pyrothonide seco.	2 granos.
	Agua fria de cebada.	1 onza.
	Miel.	2 ó 2 y 1/2 dracmas.

Para diez ó doce colutorios diarios.

Segun el autor citado, se consigue prontamente la resolucion cuando la angina es simple y no tiene película ni capa pultácea; ¿pero se efectúa con mas rapidez que con otros medios? Hé aquí lo que las observaciones de Ranque no permiten decidir.

En las faringitis mas intensas, y sobre todo en las *anginas escarlatinosas*, Ranque se apresura inmediatamente á emplear solo este medicamento; pero mas adelante, añade, que animado por las ventajas obtenidas en la angina simple se limitó al uso del gargarismo pyrothonidado, y la angina desapareció en pocos dias. Desgraciadamente todo esto es poco concluyente; para admitir, en efecto, en vista de tales noticias, que el pyrothonide es sumamente eficaz, era necesario que la angina fuese una enfermedad casi siempre mortal ó se dispusiese de mucho tiempo para combatirla; pero felizmente nada de esto acontece, y de aquí resulta como se han preconizado tantos medicamentos capaces de curar la angina tonsilar en *pocos dias*.

TRATAMIENTO DE LA FARINGITIS TONSILAR SUPURADA
(*absceso de las amigdalas.*)

Hemos visto anteriormente que uno de los medios empleados con el objeto de facilitar la rotura de los abscesos de las tonsilas era el *emético á dósis de tal*; pero puede acontecer que las paredes de aquel sean demasiado gruesas para que cedan á los esfuerzos del vómito, y que sin embargo la sofocacion y otros accidentes sean tan graduados que reclamen un tratamiento eficaz. Preciso es entonces asegurarse si existe ó no fluctuacion. En el caso en que pueda el enfermo abrir bien la boca, es fácil la esploracion; pero de lo contrario preciso es apelar á un medio especial.

«Empiézase, segun aconseja Boyer, por colocar entre los incisivos una cuña delgada de corcho, sustituyéndola despues gradualmente por otra mas gruesa, y corriéndola de delante atrás entre las muelas, de modo que vayan poco á poco separándose las mandíbulas. Introdúcese entonces en la boca profundamente el dedo índice hasta las amigdalas, reconociendo con él su volúmen y dureza, siendo muy fácil apreciar la presencia del líquido.»

Algunas veces ha bastado la simple *presion* ejercida sobre la amigdala al esplorarla, para producir la rotura del absceso. Pero cuando acontece de otro modo, es preciso practicar la abertura del tumor, para lo que se han aconsejado diferentes procederes. Se sabe que Aecio lo verificaba del modo siguien-

te: ataba fuertemente á un hilo una *esponja pequeña empapada en la resina de trementina;* despues mandaba tragarla y tiraba del cabo que previamente habia fijado á su mano, sacándola bruscamente, con el objeto de que comprimiese á la amigdala; cuyo medio ha caido en desuso por lo grosero.

Tambien se ha abandonado el *faringotomo*, instrumento inventado por J. L. Petit, y que consiste en una hoja cortante por su estremidad, encerrada en una vaina. Despues de introducirle hasta la amigdala se empuja rápidamente la hoja, oculta hasta entonces en la vaina, incindiendo de este modo las paredes del absceso.

Portal (*Cours d' Anatom. méd.*, t. 10, p. 509) refiere un caso en el que á pesar de haber empleado dicho instrumento un hábil cirujano, resultó una hemorragia mortal; lo que prueba que no solo es inútil sino tambien perjudicial.

Usan otros una lanceta cuya hoja fijan á beneficio de un vendolete; pero el instrumento mas sencillo y fácil de manejar, como tambien el que mas generalmente se emplea, es el bisturí. Para practicar esta operacion se procede del modo que Boyer aconseja.

INCISION DE LA AMIGDALA.

«Empiézase por separar las mandíbulas colocando entre las muelas un pedazo de corcho cortado en forma de cuña: se deprime despues con uno ó dos dedos la base de la lengua, y se introduce en la boca un bisturí largo y estrecho en posicion horizontal, habiendo fijado la hoja al mango por medio de un vendolete que la cubre tambien hasta tres ó cuatro líneas de su punta. Practícase sobre el tumor una incision transversal, y se retira inmediatamente el bisturí, teniendo cuidado de separar la punta de aquellas partes que pudiera ofender, tan luego como el dolor obliga al enfermo á ejecutar movimientos involuntarios. Hay casos en que la inflamacion de las partes superiores del cuello se opone de tal modo á la separacion de las mandíbulas, que es totalmente imposible obtener la suficiente para guiar con la vista el instrumento, mediante el cual nos proponemos abrir el tumor. En tales circunstancias nos serviremos del índice, con cuya yema reconoceremos el tumor, al mismo tiempo que deprimamos con él la base de la lengua y conduzcamos el instrumento.»

En los casos de que se ha hecho mérito, hemos supuesto ser manifiesta la fluctuacion, y por consiguiente haber una considerable coleccion de pus en un foco espacioso; pero acontece algunas veces que se forman á un tiempo muchos depósitos purulentos en diversos puntos de la glándula; coincidiendo ademas un infarto notable, que puede tener graves inconve-

nientes. Preciso es entonces recurrir á las escarificaciones practicadas de la misma manera que la incision, por cuyo medio se obtiene un flujo de sangre y pus, que produce un desahogo favorable. Puede decirse que estos casos son bastante raros.

Hay asimismo otras ocasiones en que la inflamacion tiende á propagarse á los tejidos inmediatos, á estenderse á lo largo del tejido celular postfaríngeo, y aun á invadir el pecho, de lo que Londe cita un ejemplo. Se observa principalmente este fenómeno cuando la angina complica á una afeccion febril. Me ocuparé mas estensamente de él, al hacerlo de la *angina faríngea*, de que hablaré mas adelante.

En otras circunstancias participa de la inflamacion todo el tejido celular de la parte esterna del cuello; pudiendo entonces formarse un absceso y una fístula que desde la cavidad de la faringe comunique con el esterior. Si llegásemos á sospechar que la enfermedad pudiera tener tal terminacion, deberíamos apresurarnos á incindir la amigdala, *aun cuando no se hubiese reconocido una fluctuacion manifiesta*. A pesar de todo debemos añadir que semejantes casos pueden mirarse como escepcionales.

Despues de abierto el absceso bastan generalmente algunos colutorios emolientes ó ligeramente detersivos para obtener la cicatrizacion del foco. Sin embargo, hay casos en que la espectoracion adquiere mucha fetidez despues de haberle dilatado, y exhala un olor sumamente repugnante para el enfermo; preciso es entonces recurrir á los *gargarismos clorurados* como desinfectantes.

Resúmen y prescripciones. Háse visto que los medios generalmente empleados contra la faringitis tonsilar son las sangrías generales, los eméticos (ya para corregir los fenómenos biliosos (Stoll), ya para favorecer la rotura del absceso), los emolientes y astringentes. Limitémonos ahora á hacer presente que la sangría y la aplicacion del alumbre son los únicos medios que cuentan mayor número de curaciones á su favor, indicando una circunstancia que con frecuencia se omitia en las investigaciones terapéuticas sobre esta enfermedad. En el mayor número de casos invade sucesivamente la inflamacion ambas amigdalas; pues hé aquí lo que la observacion demuestra en este punto: por violentamente inflamada que aparezca la amigdala que lo fué posteriormente, vuelve á su estado normal casi al mismo tiempo que la otra. Si no estamos prevenidos al observar este hecho, pudiera creerse, visto el estado de las partes, que empieza la enfer-

medad cuando ya se aproxima á su declinacion, y atribuirse á la accion del medicamento la rápida mejoría que no es mas que el resultado del curso natural de la afeccion. ¡Cuántas precauciones son necesarias en el estudio de las cuestiones terapéuticas!

Veamos ahora en algunas prescripciones cómo deben combinarse los diversos medios indicados anteriormente.

Primera prescripcion.

En un caso de faringitis tonsilar ligera sin movimiento febril.

1.° Para tisana infusion de malvas y violetas, dulcificada con el jarabe de moras.
2.° Gargarismo con el cocimiento de malvabisco, higos, etc.
3.° Si es muy notable la secura de la garganta, lo que rara vez acontece, dirigir hácia la faringe vapores emolientes.
4.° Mantener el vientre suelto.
5.° Evitar el frio y la humedad. Dieta por espacio de dos ó tres dias, y en los casos muy sencillos, alimentacion poco abundante y ténue.

Segunda prescripcion.

En un caso de faringitis tonsilar bastante intensa con movimiento febril.

1.° Para tisana cocimiento ligero de raiz de malvabisco seca, dulcificado con miel.
2.° Una ó dos sangrías generales de 8 á 10 onzas. En los niños aplicacion á la base de la mandibula de dos á ocho sanguijuelas, segun la edad.
3.° Fumigaciones á la garganta con una infusion de las hojas del datura (véase tom. 1.°, pág. 191)
4.° Un grano de tártaro emético para tomarlo en un cortadillo de agua; favorézcase el vómito bebiendo agua templada.
5.° Enemas emolientes ó ligeramente laxantes por la adicion de una onza de miel mercurial, ó simplemente cuatro ó cinco cucharadas de aceite de linaza.
6.° Uno de los gargarismos acídulos ó astringentes precedentemente indicados (véase pág. 18 y siguientes) cuando no son muy escesivos los síntomas inflamatorios.
7.° Dieta y guardar cama.

Tercera prescripcion.

En un caso de faringitis tonsilar que termina por supuracion.

1.° Los mismos medios que en la prescripcion precedente.
2.° Si es evidente la fluctuacion, y si se observa sobre la amigdala un punto amarillo y prominente, comprimir la glándula para producir la rotura.
3.° Si no basta esto dar el emético á dosis de tal.
4.° No habiéndose abierto el absceso, dilatarlo con el bisturí (véase pág. 43)
5.° Si es muy considerable el infarto que determinan los abscesos diseminados y amenaza la sofocacion, escarificaciones.
6.° Incision pronta de la amigdala sin esperar que sea manifiesta la fluctuacion, cuando amenaza el absceso estenderse mucho.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas; escarificacion y dislaceracion de las amigdalas; atemperantes; emolientes; acídulos; ácidos; alumbre; borax; amoniaco; eméticos; purgantes; derivativos; pyrothonide; tratamiento de los abscesos.

TERCERA ESPECIE.—*Faringitis aguda de las partes profundas de la faringe* (angina faríngea).

No se ha estudiado esta especie de faringitis mas que de un modo general; siendo preciso buscar las observaciones particulares para encontrar algunos detalles que le pertenezcan. Aunque menos interesante, en la mayor parte de casos, que la que acabamos de estudiar, merece no obstante fijar nuestra atencion, porque alguna vez determina accidentes bastante graves y exige el uso de medios especiales.

Háse dividido esta afeccion en dos variedades, atendido el punto que ocupaba la flegmasía. Así se ha descrito la angina faríngea *de la parte superior de la faringe*, y la de la inferior de dicha cavidad. Veremos mas adelante que pudiera establecerse una tercera, que seria la *faringitis profunda supuratoria*.

Las causas de esta afeccion no difieren (al menos segun las descripciones que de ella tenemos) de las de la especie precedente; pero las investigaciones no tienen la suficiente precision para que puedan considerarse como hechos perfectamente demostrados. Añado ademas que relativamente á la

angina faringea supurada, resulta, en vista de las principales observaciones recogidas al efecto, que en el mayor número de casos se desarrolla durante el curso de otra afeccion, en especial aguda; lo que ha hecho que algunos autores, y en particular J. Franck (*loc. cit.*), la llamen *angina accesoria*. Aparece esta especie de angina en las fiebres graves.

Ademas, parece, en vista de las observaciones poco detalladas, haberse formado un absceso en el tejido celular que separa la faringe de las partes inmediatas, pudiendo entonces preguntar si existe una verdadera faringitis. A pesar de todo, tan íntimo es el enlace de estos hechos con aquellos en que es evidente que la inflamacion supuratoria procedió primitivamente de la mucosa faríngea, que voy á comprenderlos en la descripcion inmediata. Hánse llamado estos abscesos *retrofaríngeos*.

Síntomas. En el caso en que la faringitis ocupa la parte superior de la cavidad, los síntomas son, segun Chomel y Blache (*Dict. de Med.* artic. *Angine simple*), los mismos ó casi idénticos á los de la angina gutural. Están representados por una sensacion de *calor* y *sequedad* en la garganta, y *dificultad* mas ó menos notable en la *deglucion*.

Obsérvase, *inspeccionando la faringe*, su pared posterior rubicunda, reluciente, seca en los primeros dias y despues cubierta en mayor ó menor estension de un moco viscoso gris que barniza en forma de capa esta pared. Segun los autores que acabo de citar, no es raro ver seca la mucosa durante el curso de la afeccion; pero este aserto necesita de suficientes pruebas. Tambien segun los mismos es la deglucion mas *dolorosa que difícil;* poco alterada la *voz*; y la *respiracion* no está afectada, careciendo de *síntomas generales* en el mayor número de casos.

En la *faringitis de la parte inferior de la cavidad*, que es menos comun, se observan los síntomas siguientes: disfagia; dolor que se percibe á la altura de la faringe; paso del bolo alimenticio acompañado de dolor en el mismo punto. Se aumenta este por la *presion* de las partes laterales del cuello, observándose tambien algunas veces en esta parte una *rubicundez oscura* y un ligero *infarto*. Permanece la voz sin alteracion, y no vá acompañada de síntomas generales, no descubriendo nada de particular por la inspeccion de la mucosa faríngea.

He indicado muy rápidamente estos síntomas, porque no habiéndose hecho ningun trabajo exacto sobre esta afeccion, solo poseia noticias sumamente vagas. Voy ahora á referir

segun algunas observaciones lo que ocurre en la *faringitis supuratoria* y absceso de la faringe.

Absceso de la faringe. En las afecciones febriles intensas sucede algunas veces, segun he dicho, que se desarrolla en la faringe una inflamacion secundaria (*angina accesoria*). Cuando aparece esta durante el delirio, no se manifiesta ordinariamente por ningun síntoma. Louis (*Rech. sur la fièvr. typh.*) refiere un ejemplo muy notable. En el caso contrario, el dolor y la dificultad de deglutir, anuncian el principio de la enfermedad, y si es muy considerable la coleccion purulenta se observan los síntomas siguientes.

Síntomas. Unas veces, como refiere en una observacion Priou (de Nantes), se fija el tumor formado por el absceso en la parte posterior de la faringe, mientras que otras el pus se corre hácia el pecho; habiendo algunas finalmente en que empieza en las partes laterales, pudiendo dirigirse hácia arriba y llegar á comprimir la glotis.

Tal es el caso que refiere el Dr. Ballot (*Phleg. retro-œsoph. ayant fait croire á l' existence d' une angine laringée edemateuse; Arch. gén. de Méd.*, octobre, 1841). Puede decirse que es casi semejante el que publicó Carmichael (*Edimb. Med. chir. trans.*, 1820).

Fácil es comprender cuáles son los síntomas propios de cada una de las tres clases de abscesos que acabo de indicar. *En el primer caso* se advierte dolor vivo, disfagia, voz nasal y una dificultad en la respiracion que no es muy intensa. En una palabra, síntomas semejantes á los que se observan en los abscesos de las amigdalas, no comprimiendo la laringe.

En el segundo los mismos signos reunidos á otros generales mas intensos; despues un dolor que se dirige hácia el pecho, ó bien el infarto, rubicundez del cuello y la percepcion al esterior de la fluctuacion, caracterizan la enfermedad. Así es como se observaron en el caso citado por Londe y en otro recogido por Meandro Dassit (Th. Montp., 1818; n.° 936).

Finalmente, *en el tercero* se observa una sofocacion estremada, esfuerzos terribles para respirar, inspiracion sibilante, fenómenos de asfixia, en una palabra, caractéres tan marcados del edema de la glotis, que pueden fácilmente comprenderse los numerosos errores del diagnóstico que deben haber ocasionado.

En este caso es precisamente cuando debemos examinar con el mayor cuidado la cavidad de la faringe. Así que, des-

pues de haber abierto mecánicamente la boca, á beneficio de una cuña colocada entre los dientes, se dirigirán profundamente los dedos hácia la pared posterior de la faringe, y sobre todo hácia la inferior de esta cavidad, donde no puede penetrar la vista. Entonces se examina la *fluctuacion*, fácil de comprobar cuando podemos alcanzar al tumor: lo que importa sobre todo es examinar el estado de la epiglotis y laringe, pues si se puede llegar á tocar la abertura de la glotis y cerciorarse de su completa integridad separando el tumor, descubriremos fácilmente la causa de los síntomas tan alarmantes relativos á las vias respiratorias.

Tal es la descripcion de esta especie de faringitis, cuyo estudio exige mayor cuidado del que hasta aquí se ha tenido.

Curso, duracion y terminacion. Cuando la afeccion es simple, no difiere *su curso* del de la angina gutural. Si termina por supuracion, se observa, despues de los síntomas que de ningun modo pueden llamarse característicos, que sobreviene de un modo rápido ó una gran dificultad en la deglucion, ó bien signos de haberse propagado la flegmasia al tejido celular que se halla rodeado de una abundante supuracion, y á veces hasta fenómenos análogos al edema de la glotis.

El curso de la afeccion varía segun los casos: en la faringitis simple no escede con frecuencia de cuatro ó cinco dias, y rara vez pasa del primer septenario. En la faringitis supurada, por el contrario, puede prolongarse mucho y aun depender de la gravedad de los accidentes, á los que es fácil atribuir la muerte. En el caso observado por Ballot no aconteció la funesta terminacion sino al cabo de doce dias, y en el que refiere Priou, duró la enfermedad catorce ó quince dias lo menos.

Lesiones anatómicas. En los casos sencillos consisten las lesiones anatómicas en las enumeradas al hablar de la faringitis gutural. En la supuratoria se encuentran ademas de las alteraciones de la mucosa, colecciones purulentas mas ó menos considerables, que levantan esta membrana y forman un tumor blando, ó bien se corren á mayor ó menor distancia. Louis, en los casos en que se presentaba la afeccion durante el curso de una fiebre grave, ha visto infiltrado el pus en mayor ó menor cantidad, en el tejido sub-muco o.

Diagnóstico y pronóstico. El *diagnóstico* de la faringitis simple, cuando está *situada en la parte superior de dicho conducto*, no ofrece gran dificultad. Dolor en la parte posterior de la faringe, deglucion mas dolorosa que difícil, y sobre

todo, la inspeccion de las partes que demuestra las lesiones inflamatorias, bastan para disipar cualquier error.

No puede decirse otro tanto de la faringitis situada en la parte inferior de la cavidad. En estos casos el dolor se percibe sobre la parte superior de la laringe, la regurgitacion de las bebidas por la nariz que se presenta en algunos casos en que la afeccion es muy intensa, la tos gutural, una ligera alteracion de la voz, dependiente sin duda de la propagacion de la flegmasia á la parte superior de la laringe, pudiera hacer sospechar la existencia de una *laringitis aguda*. Pero es preciso advertir que el dolor en la faringitis se exacerba durante la deglucion; que la salida de las bebidas por la nariz es un fenómeno raro y del que no han dado observaciones detalladas los autores que le admiten; que la tos gutural y alteracion de la voz son mucho menos intensas que en la laringitis, pues en esta llega la ronquera á su mayor incremento con mucha rapidez; y que cuando existen estos síntomas debe sospecharse que la inflamacion se ha propagado á la parte superior de la laringe.

En el caso en que *termina por supuracion*, es mucho mas difícil el diagnóstico; pero todavía es preciso diferenciar aquí la faringitis superior de la inferior. En el primer caso se alcanza á ver el tumor en el fondo de la garganta, y con el dedo es fácil reconocerle y apreciar la fluctuacion. En el segundo, hallándose las partes fuera del alcance de la vista, la sensacion que esperimenta el dedo al tocar el tumor, puede hacer creer en la existencia del rodete edematoso que hay sobre los lados de la laringe en el edema de la glotis.

Tanto mas fácilmente pueden estas circunstancias inducir á un error de diagnóstico, cuanto que al mismo tiempo se observan, como he dicho mas arriba, los principales signos de la laringitis edematosa; no habiendo otro medio de evitarlo que la atenta esploracion de la parte enferma. Preciso es para esto practicar el *tacto*. Si por una parte se comprueba la presencia de un tumor blando, fluctuante, y por otra la completa integridad de la parte superior de la laringe, se atribuirá la sofocacion á la compresion que produce el absceso situado en las paredes de la faringe. Es preciso al practicarla, no detenerse tan luego como se reconozca un rodete blando, antes bien debemos pasar á inspeccionar la parte superior de la glotis. Cuando se ejerza la compresion, no sobre la abertura de la glotis, sino sobre la misma epiglotis, contamos con un dato mas para el diagnóstico; porque en los casos de laringitis edematosa se levanta la epi-

glotis, fenómeno que se aprecia tan luego como se practica el tacto, lo que es imposible conseguir en el caso que nos ocupa.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.º *Caractéres diferenciales de la faringitis simple profunda y de la laringitis aguda.*

FARINGITIS SIMPLE.	LARINGITIS AGUDA.
Dolor aumentado *durante la deglucion.*	Dolor exacerbado por la *tos y esfuerzos de la voz.*
Tos *gutural leve* á menos que no haya alguna complicacion.	Tos *laringea intensa.*
Voz poco alterada, nasal.	Alteracion profunda de la voz, presentándose ronca y apagada.

2.º *Caractéres diferenciales de la faringitis supurada profunda y del edema de la glotis.*

FARINGITIS SUPURADA.	EDEMA DE LA GLOTIS.
Tumor *blando que contiene un líquido* (carácter dudoso).	Rodete *elástico sin fluctuacion.*
Separando el tumor, aparece sana la laringe.	Se reconoce por el tacto que existen los rodetes sobre los bordes de la misma laringe.
Cuando comprime el absceso á la epiglotis no se la encuentra fácilmente al reconocer con el tacto.	Epiglotis levantada, *accesible siempre* en el momento que se pasa el istmo de las fauces.

Tales son los diagnósticos diferenciales que importa conocer; siendo útil que se hicieran nuevas observaciones respecto al segundo. En el caso en que el edema de la glotis es consecuencia de la supuracion de la faringe, se encuentran reunidos todos los síntomas precedentes.

Tratamiento. Inútil seria insistir en el tratamiento de la faringitis simple; así que emplearemos contra ella los mismos medios que se han recomendado para la faringitis gutural. Decimos solo que cuantos *tópicos* han aconsejado los autores siendo de tan difícil aplicacion sobre la parte inflamada, solo á beneficio de la *insuflacion* y sobre todo en *gargarismos*, es como conviene emplearlos. De esta manera el *alumbre*, el *borax* y los *acídulos* se prescribirán en gargarismos, segun las fórmulas indicadas en el artículo precedente.

Pero hay un punto bastante importante en el tratamiento, y es precisamente el que se refiere á la *faringitis profunda supurada*. Aquí lo mas esencial es hacer desaparecer el tumor con cuanta premura sea posible, pues de su presencia dependen todos los accidentes.

Si no puede obtenerse á beneficio de un *tratamiento antiflogístico* enérgico, preciso es, tan luego como se perciba la fluctuacion, dirigir el instrumento cortante sobre el tumor para dar salida al pus. Frecuentemente ha sido necesario para conseguirlo emplear el faringotomo, y de este modo le sucedió á Priou que despues de muchas tentativas inútiles para dilatar el absceso con una lanceta y bisturí, solo pudo conseguirlo á beneficio del instrumento mencionado. En el caso en que se halle situado el tumor en la parte posterior de la faringe, son mucho menos temibles los fenómenos que ocasiona el faringotomo.

Cuando el tumor comprime la parte superior de la laringe, es necesario procurar incindirlo, aunque no haya sido posible fijar exactamente el diagnóstico; porque suponiendo que se tratase del edema de la glotis, hemos visto en el artículo destinado á esta enfermedad cuán ventajosas pueden ser las escarificaciones en su tratamiento.

Finalmente, si estos medios fuesen insuficientes, es necesario recurrir á la *traqueotomia*. En el caso observado por Ballot, se limitó á practicar la incision de la membrana *cricotiroidea*, y esta fué una nueva prueba de la insuficiencia de dicha operacion; pues habiéndose salido la cánula, el enfermo pereció asfixiado. Hubiérase sin duda mantenido mejor, y la respiracion artificial mas completa, habiendo practicado sea la *traqueotomia*, sea la *laringo-traqueotomia*.

Respecto á estas operaciones, remito al lector á lo que se ha dicho al hablar de las diversas laringitis, no multiplicando demasiado los detalles de este tratamiento, puesto que, como desde luego se ve, nada de particular ofrece. Unicamente debo añadir que se usarán despues de dilatar los abscesos, los *gargarismos emolientes y detersivos*.

ARTICULO III.

FARINGITIS SIMPLE CRÓNICA.

Cuanto tenemos que decir acerca de la faringitis simple crónica, casi esclusivamente se refiere á la tonsilar; pues las demas especies son raras y no se las considera como una

enfermedad mas que en casos particulares: así que solo diré de ella pocas palabras.

PRIMERA ESPECIE.—*Faringitis gutural crónica.*

Preséntase ordinariamente la *faringitis gutural* crónica en un grado muy ligero; habiéndola dividido en *primitiva* y *consecutiva*.

Causas. Casi siempre se presenta durante el invierno, estando sostenida generalmente por las causas que la han ocasionado, tales como el *frio húmedo*, los *esfuerzos considerables de la voz*, y los *escesos*.

Síntomas. Los síntomas que produce son: una *dificultad* permanente en el istmo de las fauces; contínua tendencia á arrojar por *escrecion* las abundantes mucosidades que cubren la parte enferma; falta de cohesion mas ó menos notable de los tejidos ,que segun Beunati (véase tomo 1.º *Laringitis crónica*) hace menos activas las contracciones musculares; *prolongacion* mayor ó menor de la campanilla que irrita la base de la lengua; y finalmente una *rubicundez* baja y difusa que ocupa el velo del paladar, sus pilares y una parte del mismo paladar.

Asegúrase haber visto algunos autores sobre las partes inflamadas, vesículas esparcidas sobre la mucosa y cuyo color en ocasiones es violado. Obsérvanse en algunos sugetos *manchas oscuras ó lividas* sobre el istmo de las fauces. Tambien en el mayor número de casos se encuentran muy voluminosas las criptas mucosas de la faringe y algo mas rojas que en el estado normal. Finalmente, se citan casos en que habia *chapas rojas* diseminadas sobre todos los tejidos inflamados.

Alteracion mas ó menos notable de los sonidos, y en especial en los agudos durante el canto; mayor ó menor fatiga en el acto de hablar ó cantar, son los caractéres en que Bennati ha fijado principalmente su atencion.

Puede asimismo existir una verdadera *ronquera*, ya que el enfermo haya cometido algun esceso, ya que se esponga á algunas variaciones de temperatura, ya finalmente sin causa conocida. Estos síntomas son mas graduados por la mañana, época en que tambien son mas abundantes las mucosidades. Frecuentemente tienen estas un aspecto purulento que llaman mucho la atencion del paciente, haciéndole temer una afeccion grave.

No está demostrado que esta enfermedad vaya acompa-

ñada de síntomas generales, á menos que no adquiera momentáneamente el carácter agudo ó sea sintomática de otra afeccion grave, tal como una lesion del pulmon.

Tratamiento. Compónese el tratamiento de esta leve afeccion, de tópicos directos. Todo el mundo sabe que Bennati tenia por muy eficaz el uso del alumbre en gargarismo (véase para su aplicacion tomo 1.º *Laringitis crónica*). Tambien puede emplearse esta sustancia en polvo, segun el método de Velpeau.

Igualmente se ha echado mano de una ligera *cauterizacion* con el *nitrato de plata* seco; los gargarismos con el *jarabe de moras* y *erisimo* y otras sustancias acídulas. Respecto á los *pediluvios* y *maniluvios sinapizados*, á las *fricciones escitantes* sobre las partes lâterales del cuello, no se halla su eficacia suficientemente demostrada.

En resúmen, cuantos tópicos acabo de indicar, la sustraccion del sugeto del influjo de la causa que ha producido la afeccion, el *reposo del órgano*, el mantener un calor suave alrededor del cuello, bastan para hacer que desaparezca esta incomodidad, en la que no reclaman nuestros auxilios mas que aquellos que tienen necesidad de toda la integridad de su voz, tales como los cantantes, oradores, etc. Sin embargo, cuando existe una espectoracion puriforme, inquieta mucho la enfermedad á los pacientes, y llama tambien mas la atencion del médico. Entonces se emplean las *fumigaciones narcóticas* si existe mucha dificultad en la respiracion, y sobre todo las *aguas minerales sulfurosas*, como se ha dicho al hablar de la *laringitis crónica* (véase tomo 1.º)

SEGUNDA ESPECIE.—*Faringitis tonsilar crónica.*

Esta afeccion casi siempre sobreviene á consecuencia de un número mas ó menos considerable de ataques de faringitis tonsilar aguda. La única circunstancia en que difiere de la anterior es en el aumento de volúmen de las amígdalas.

Despues de cada ataque de amigdalitis aguda, la glándula que durante él ha esperimentado un aumento considerable de volúmen, lo conserva en parte, por mas que hayan desaparecido los demas síntomas, en términos que al cabo de cierto tiempo las amígdalas forman una prominencia considerable delante de los pilares del velo palatino, acercándose tanto á la línea media que llegan á ponerse en contacto. Cuando esto sucede, puede considerarse semejante estado orgánico mas bien como efecto inmediato, que no síntoma de la inflamacion.

Paréceme justa esta manera de considerar las cosas, y tal vez convendria colocar esta especie de hipertrofia de las amigdalas dependiente de su inflamacion en un artículo separado; pero no habiéndose emprendido ningun trabajo especial relativo á esta materia, debo, siguiendo la costumbre, describir simultáneamente la inflamacion crónica y sus consecuencias.

Resulta pues del estado que acabo de describir, la *sensacion* mas ó menos molesta de un *cuerpo estraño* en la garganta, con una especie de *dificultad* en la respiracion, apreciable solo en algunos casos. La *voz* es gangosa; en ocasiones la *pronunciacion* difícil; y no han faltado algunas en que el aliento del sugeto adquiera un olor desagradable, en especial por las mañanas. Depende este síntoma de las concreciones que se forman en las ensanchadas lagunas.

Examinando la garganta, se ve la *prominencia* mas ó menos considerable de las amigdalas. Tienen estas un color rojo poco intenso; pero algunas veces se presentan sin esa *notable rubicundez*, antes bien *descoloridas*. Su superficie es desigual, pues presenta eminencias alternadas con depresiones. Obsérvanse en estas, que no son sino lagunas, las concreciones de que he hablado, y que deben considerarse como el producto de la inflamacion de los folículos: su color es blanco mate ó sucio, y de superficie desigual, pudiéndolas desprender con unas pinzas. Adquieren por su permanencia una fetidez particular que influye en el aliento, segun he dicho anteriormente.

Es tan considerable la dureza que á veces tienen estos tumores, que no dudo en tales casos hayan creido algunos reconocer la induracion escirrosa de las amigdalas.

Para completar el cuadro de esta afeccion, que no vá acompañada de fenómenos generales, basta añadir que el istmo de las fauces está cubierto, si no siempre, en algunos casos, de mucosidades espesas difíciles de desprender, y que son arrojadas juntamente con las concreciones por espuicion.

Relativamente á la *ronquera* y alteraciones de los sonidos, son idénticas que en la faringitis gutural, á la que pueden referirse en parte; pues no es raro ver estenderse la inflamacion crónica al velo palatino y sus pilares.

Omito el ocuparme del diagnóstico de esta afeccion, que tan fácil es en la mayor parte de casos; y solo añadiré cuatro palabras al hablar del *cáncer* de la *faringe*, enfermedad muy rara segun se dirá mas adelante.

Tampoco reproduciré el tratamiento que ya he indicado al

esponer la especie precedente, limitándome á esponer de un modo sucinto las operaciones que se practican en semejantes casos.

Cuando el aumento de volúmen de las amigdalas es tal que dificulten la deglucion y respiracion, ó recae en personas que necesitan conservar la pureza de su voz, pues esta se halla notablemente alterada, se ha recurrido á diversos medios para reducir á la glándula á su volúmen ordinario. Antes de Moscati y Museux se limitaban generalmente á la *cauterizacion* de las amigdalas, y en ocasiones *se las ligaba como á los pólipos*. Sin embargo se halla un pasaje en las obras de Celso que prueba que se habia practicado ya la *escision* en su tiempo.

Háse abandonado completamente la cauterizacion, por mas que se practique con los *cáusticos líquidos*, *secos* ó el *cauterio actual*. La dificultad de limitar la accion de estos agentes, su ineficacia cuando es ligera, hizo renunciar á su uso. Igual conducta se observó respecto de la ligadura, por ser de difícil aplicacion y producir una inflamacion intensa y una abundante supuracion.

Hoy dia se practica casi esclusivamente la escision. Boyer (*Trait. des Mal. Chir.*, t. 4.º) ha espuesto muy bien el procedimiento operatorio; y como no se han hecho notables modificaciones á sus preceptos, creo deber seguirle en la descripcion. Así que para practicar la escision se procede del modo siguiente:

ESCISION DE LAS AMIGDALAS.

Se toma una erina de Museux, ó bien simple, aunque debe preferirse una doble y un bisturí cuya hoja tenga cuatro pulgadas y media de largo por tres líneas de ancho. Estiéndese el filo hasta la punta que termina en un botoncito, para no ofender la pared posterior de la faringe. Para fijar la hoja al mango se le rodea un vendolete de lienzo que tambien sirve para cubrir el corte hasta cosa de veinte líneas de la punta. El gancho de la erina debe tener suficiente estension para penetrar en las tres cuartas partes del espesor de la glándula. (Boyer).

Se coloca al enfermo en una silla en frente de una ventana, con el objeto de iluminar en lo que sea posible la parte posterior de la boca, mandándole enjuagarse y escupir para limpiar las partes. Debe tener la cabeza inclinada hácia atrás y apoyada en el pecho de un ayudante. Colócase entre las muelas un cuerpo duro, tal como una cuña de madera. Un ayudante, situado en el lado opuesto al que se vá á operar, deprime con su índice la lengua; pero sin llegar hasta la base de dicho órgano para no producir náuseas. Puesto el operador en frente del enfermo un poco hácia el costado, engancha la glándula

con la erina en su parte media y posterior, teniéndola con la mano izquierda cuando se trate del mismo lado, y con la derecha en el opuesto: toma con la mano libre el bisturí, que conduce de plano entre la lengua y parte inferior del tumor, vuelto el lomo del instrumento hácia los pilares y velo palatino, introduciéndole hasta la parte posterior de la faringe: vuelve entonces el corte hácia arriba, y retirando el instrumento para hacerle obrar en forma de sierra, corta de abajo arriba la mitad inferior de la base del tumor. Inmediatamente dirige el instrumento entre el velo del paladar y el tumor con las mismas precauciones tomadas anteriormente, y corta de arriba abajo el resto de la glándula.

Uno de los accidentes mas graves que debemos temer en esta operacion, y del que los cirujanos refieren algunos ejemplos, es la *espantosa hemorragia*, ocasionada por la lesion de la arteria carótida, tan próxima á la cara esterna de la glándula: así que procuraremos no empeñarnos en separar totalmente la amigdala; *pues basta hacerlo en sus dos terceras partes*, para que se reduzca á un volúmen menor que en el estado normal.

Respecto á la *hemorragia*, que es una consecuencia necesaria de la escision de la amigdala, no es generalmente temible. Sin embargo puede algunas veces tener mucha gravedad, de lo que Vidal (de Casis) (*Traité de Path. ext.*, t. 4, p. 253) refiere un ejemplo que le pertenece. En tales casos se procurará cohibirla mandando al enfermo tenga constantemente *en la boca pedazos de hielo*; medio que empleó el mismo Vidal. Si se hiciese refractaria se recurrirá al *agua de Rabel*, ó á una disolucion del *sulfato de cobre*, y hasta á la *aplicacion del hierro candente* segun Boyer.

Fácilmente se supera la ligera inflamacion que sobreviene despues de la operacion, á beneficio de *gargarismos emolientes*, por el *agua de cebada dulcificada con miel*; en una palabra, con los medios mas sencillos.

Algunos autores han propuesto reemplazar la escision de la glándula por las simples *escarificaciones*; pero esta operacion es ordinariamente ineficaz y ademas peligrosa.

Otros, temerosos de los accidentes que acaban de mencionarse, piensan que bastará *dislacerar y separar algunas porciones de la glándula* á beneficio de pinzas de Museux; pero este medio, que pocas veces ha sido empleado, no cuenta con el asentimiento general.

Dejo de insistir mas en estos detalles puramente quirúrgicos, remitiendo á los que quieran noticias mas estensas á los tratados de patologia esterna y medicina operatoria.

TERCERA ESPECIE.—*Inflamacion crónica de la parte inferior de la faringe.*

Finalmente, solo tengo que añadir algunas palabras acerca de la faringitis crónica que afecta las porciones mas recónditas de dicho conducto. Esta afeccion, infinitamente mas rara que las demás, se distingue por la mayor dificultad de la deglucion, y menor alteracion de la voz. Aplicables le son cuantos medios se recomendaron para la angina gutural; y solo debemos dirigirlos sobre la parte afecta bajo la forma de gargarismos, ó si se quiere practicar la cauterizacion directa, preciso es conducir el cáustico á beneficio de la varilla de ballena y de la esponjita que emplea Trousseau. (Véase t. 1 * *Laringitis crónica*).

ARTICULO IV.

FARINGITIS SIFILITICA NO ULCEROSA.

Creo deber decir algo acerca de esta afeccion, que solo de paso han considerado los autores, y que sin embargo debe conocerse. Cazenave (*Traité des Syphil.* París, 1843) ha descrito, bajo el nombre de *angina sifilítica*, un accidente consecutivo de las enfermedades venéreas, que si bien en parte se semeja mucho á la faringitis crónica simple de que acabo de hablar, no obstante ofrece particularidades interesantes. De dicho autor es preciso tomar los principales rasgos del cuadro siguiente.

PRIMERA FORMA (*eritematosa*). «Es la mas comun, dice Cazenave, ya acompañe á una sifílide primitiva, ya complique una secundaria, ó bien que sucediendo á una ú otra, persista por sí con una rebeldía estraordinaria.

»Esta forma, continúa dicho autor, consiste en una *rubicundez eritematosa* de un aspecto *violado*, acompañada de *infarto* ligero en las paredes de la faringe, que se hallan secas lustrosas y como *tirantes*. La deglucion es difícil, dolorosa en los primeros momentos al menos, y el enfermo se queja constantemente de sequedad de la garganta; fenómeno que le es sumamente molesto, principalmente al despertarse por la mañana. Si se examina con cuidado la parte posterior de la boca, no se vé mas que una *inyeccion* particular, estendida desigualmente á manera de fajas, y fácil de apreciar hácia los pilares y al rededor del velo palatino.»

Obsérvase por esta descricion, en qué difiere esta faringitis crónica y en qué se semeja á la *crónica* simple. Algo mas de sequedad, la rubicundez en forma de fajas, el aspecto reluciente de la mucosa, son los principales carácteres que debemos consignar. De aquí resulta que si no hubiese para guiarse otros síntomas de los comunes á las demas sifílides, y si careciésemos de noticias pudiera ser difícil el diagnóstico. A pesar de todo, si se reflexiona que la faringitis crónica un poco estensa y que ocupa un espacio considerable, depende generalmente de la accion del virus sifilítico, se tendrá una razon mas en favor del carácter específico de la enfermedad.

SEGUNDA FORMA (*granulosa*). «Algunas veces, añade Cazenave, la membrana mucosa, y sobre todo la correspondiente á la pared posterior de la faringe, se cubre de *tumorcitos* como granulosos, indolentes al principio, de forma redondeada y que no esceden del volúmen de un guisante pequeño. Estos tumores ocasionan dificultad en la deglucion.»

TERCERA FORMA. Hé aqui otra forma descrita por el autor citado. En otras circunstancias análogas á las anteriores, dice, no solo presenta la mucosa la inyeccion característica, sino que parece que en algunos puntos está levantada por un líquido que le hace perder su trasparencia. De aquí resultan pequeños discos, ó mas bien porciones de estos, siempre redondeados; y en los que ofrece la mucosa un color opalino que pudiera sustraerse á un exámen superficial, y que fácilmente se distingue reconociendo minuciosamente los pilares del velo palatino y la campanilla, que parecen ser su asiento predilecto.»

Hallamos en esta forma algo de particular: porque si pudiéramos referir al aspecto vesiculoso que se observa en algunos casos de *faringitis simple crónica*, este estado de la mucosa que parece hallarse elevada por un líquido no puede menos de concederse en el estado actual de la ciencia que los fragmentos de disco de forma redondeada no son esclusivos de la faringitis crónica sifilítica.

CUARTA FORMA. La última forma, que puede considerarse como una exageracion de la precedente, ha sido consignada tambien por Cazenave; pero se sitúa con bastante mas frecuencia sobre las paredes de la boca y superficie de la lengua, que no sobre la faringe. Veremos cómo la describe el autor de quien copio estos detalles: «Finalmente en algunos enfermos son mas prominentes las chapas de la mucosa, y parece que consisten en una seudo-membrana en *forma de anillo* de

bordes anchos y sin alteracion en el centro. Preséntase desde luego esta erupcion bajo la forma de *discos* blancos y gruesos: tienen ademas los anillos una estension muy variable segun su asiento.»

Para acabar de dar á conocer cuanto ha enseñado la observacion á Cazenave en esta materia, termino citando el párrafo siguiente: «Estas diversas variedades de la inflamacion de la mucosa, correspondiente á la parte posterior de la boca, existen con mas frecuencia bajo la forma secundaria. Casi siempre acompañan á una *sifilide*, sin que tengan por otra parte relaciones fijas y absolutas, respectivamente á tal ó cual forma de las erupciones venéreas.

Todos estos detalles me han parecido interesantes, atendido á que el práctico que puede verse en la precision de decidirse sobre la naturaleza de una faringitis crónica, debe conocer los menores caractéres y saber apreciar las mas insignificantes circunstancias. Bastará principalmente su *diagnóstico* deducido del estado local, motivo por el que me abstengo de describir los demas síntomas que no difieren notablemente de los de la faringitis crónica simple.

Respecto al tratamiento, salvo las *fumigaciones narcóticas* y algunas veces *escitantes*, no difiere del de la *faringitis sifilítica ulcerosa*, de que hablaré mas adelante, y á la que basta remitir al lector.

ARTICULO V.

FARINGITIS PULTACEA.

Existe la mayor confusion entre los autores antiguos relativamente á las anginas notables por su violencia, por la aparicion de diversos productos morbosos, ó por el carácter gangrenoso de la inflamacion. Hánse reunido estas afecciones en las descripciones generales bajo el nombre de *angina maligna*, y es sumamente difícil de reconocer lo que pertenece á cada una de ellas. Bretonneau es, segun he dicho en el artículo Croup (véase t. 1.°), el primero que ha hecho un diagnóstico exacto entre enfermedades que tantos puntos de semejanza tienen entre sí: por eso despues de la aparicion de su obra (*Tr. de la Diphterite*, 1826) se ha ilustrado estraordinariamente su historia. Pero en contraposicion, y por un esceso opuesto á aquel en que habian incurrido nuestros mayores, no ha querido admitir en la mayor parte de casos mas que una especie de angina maligna, la que está caracterizada

por la produccion de la membrana difterítica. Veamos lo que respecto de esto nos dicen los hechos.

Recorriendo atentamente los principales tratados de esta materia: Ghisi (*Lettre mediche*; Cremona 1749, t. 2); Huxham (*á Disson the Malig. ulcer. sore throat;* London 1757); Chomel (*Diss. hist. sur. l'espece de Mal de Gorge gangr.*, etc. París, 1759); Fothergill (*Descript. du Mal de Gorge accomp. d'ulcere*, etc; trad. de La Chapelle, París 1749); Samuel Bard (*Rech. sur la nat., la cause et le trait. du Croup du Angine suffoc.;* trad. par Ruette; París, 1810), se vé que estos autores han tratado de dos enfermedades que en casi todos los casos presentan diferencias notables, y esto precisamente autoriza á Bretonneau á distinguir dos especies de anginas con producciones seudo-membranosas: una que se presenta durante el curso de la escarlatina, y otra que aparece con ó sin erupcion de la piel. A la última es á la que ha dado el nombre de *angina difterítica*.

Difícil es decidirse en esta cuestion, no consultando mas que los autores antiguos. Es verdad que se observa en la Memoria de Huxham el haberse presentado en ciertos casos algunos síntomas del *croup*. y asimismo se sabe que uno de los caractéres propios de la difteritis es propagarse á la laringe en términos de producir esta última afeccion; pero eran oscuros dichos síntomas, y por otra parte Huxham observa que el grito agudo y chillon de las anginas faltaba en los casos en que mas alterada estaba la respiracion.

Ghisi en su Memoria, en la que en vano reune una multitud de detalles importantes, no hace mérito del estado de la piel; de tal manera, que en su trabajo faltan ó son sumamente vagos los principales elementos de la discusion. Se siente tanto mas esta falta de detalles, cuanto que los primeros autores que se han ocupado de la materia, tales como Fothergill, Chomel y Ghisi, han observado la afeccion bajo la forma epidémica, casi en la misma época, y hubiera sido sumamente interesante averiguar si las diversas epidemias que se han presentado en paises distantes unos de otros tenian caractéres comunes. Pero mientras que Fothergill y Huxham examinaban con el mayor cuidado el estado de la piel, y advertian sus diversas erupciones, los otros, vuelvo á repetirlo, de ningun modo parecian ocuparse de ellas. Hé aquí una prueba mas de la necesidad de reunir en las observaciones el mayor número de detalles posible, por mas que parezca que algunos no tienen actualmente aplicacion real, con el objeto de que si mas adelante se examina la cuestion bajo un nuevo punto

de vista, no nos veamos privados de noticias útiles sobre objetos interesantes.

No puedo estenderme mas en este lugar sobre discusion tan útil; así que me limitaré á comprobar que en vista de estas consideraciones, debe tenerse como muy fundada en casi todos los casos la clasificacion establecida por Bretonneau. Sin embargo, hay algunos en que sin perder de un modo evidente sus caractéres, la angina escarlatinosa de tal modo se asemeja á la difteritis, que es imposible diferenciarla. Guersant ha visto un caso de esta especie, y Guerétin en estos últimos años (*Mem. sur une Epid. d'Angine scarl.; Arch. gén. de méd.*, julio 1842) ha citado otro que aun refiriéndolo del modo mas sucinto no deja ninguna duda. Preciso es no olvidar estos hechos, si bien deben admitirse como escepciones que no destruyen la regla general.

Existe pues una angina que acompaña casi esclusivamente á la escarlata, y esta es la *faringitis pultácea;* y otra que aparece en condiciones diferentes y constituye la *faringitis seudo-membranosa ó difterítica.*

Pero surge aquí otra cuestion que no carece de importancia, y es que los antiguos consideraban todas las anginas como de naturaleza gangrenosa. Bretonneau demuestra que el aspecto de las partes y la violencia de la inflamacion les habia sorprendido, y que las pretendidas úlceras de naturaleza gangrenosa que constituian la angina maligna no eran mas que producciones membraniformes de aspecto sórdido. Trabajo ha costado desde entonces admitir la existencia de la faringitis gangrenosa; y si alguna vez se ha hecho, ha sido en casos tan escepcionales, que casi no se mencionan. No obstante, las investigaciones de estos últimos tiempos han venido á demostrar, que esta opinion, aunque mas conforme con los hechos, era sin embargo exagerada, pudiendo citar en comprobacion de esto las observaciones de Rilliet y Barthez (*Arch. gén. de Méd. et Traité des Maladies des Enfans*, t. 1.°), que demuestran ser la faringitis gangrenosa mas comun de lo que se ha creido últimamente.

En resúmen, juzgo en vista de cuanto precede que deben ser examinadas separadamente: 1.°, la *faringitis pultácea;* 2.°, la *seudo-membranosa* (difteritis); y 3.°, la *gangrenosa.*

Hay ademas una faringitis particular cuya existencia admite Bretonneau, aunque con alguna reserva: tal es la que denomina *angina seudo-membranosa comun* (*loc. cit.*, página 373). Pero si examinamos atentamente la concisa descripcion que hace y estudiamos los hechos, vemos que nada

autoriza á establecer semejante distincion, y que la angina seudo-membranosa comun no es mas que la difteritis muy poco intensa. Rilliet y Barthez opinan que la verdadera difteritis, aunque no puede diferenciarse al principio de la angina seudo-membranosa comun, mas adelante se consigue fácilmente. Pero no estando fundada esta diferencia mas que en la poca gravedad de la última afeccion, carece de importancia real.

Resulta pues de lo espuesto, que no necesitamos estendernos demasiado en la descripcion de la angina pultácea, objeto principal de este artículo. Pues es en efecto, en la mayor parte de casos, una *afeccion secundaria* enteramente subordinada á la principal: la escarlatina. Sin embargo, como esta afeccion secundaria puede tomar un incremento tan considerable que reclame cuidados particulares, voy á decir cuatro palabras á fin de que el práctico conserve en su memoria todas los pormenores mas importantes.

Causas. Los autores de los siglos anteriores han buscado en las diversas *condiciones atmosféricas*, cuáles pudieran ser las causas de esas terribles *epidemias* en que aparecia la faringitis pultácea. Casi todos convienen en que una *temperatura fria y húmeda* que ha subsistido mucho tiempo, parece ser la condicion principal en que ha aparecido este terrible azote. No obstante hay grandes variaciones en los resultados meteorológicos presentados por los autores. Omito indicarlos en este lugar, pues la discusion me llevaria mas allá de los límites que me he propuesto, sin conducirme á ningun resultado útil.

Síntomas. En el curso de una enfermedad eruptiva, alguna vez bastante oscura, se ve aparecer una afeccion de la garganta que se anuncia desde luego por *dificultad en la deglucion* y *una rubicundez viva* de las partes. Progresa rápidamente la enfermedad en los casos graves, que casi son el objeto esclusivo de este artículo. Cúbrense las amigdalas, *notablemente hinchadas*, de una *exudacion espesa* de un color blanco mate, á veces súcio. Es fácil rayarla con la uña ó con un estilete obtuso. Se infartan los ganglios cervicales, y son mas ó menos difíciles los movimientos de la mandíbula; el *aliento es fétido*; despues aumentan todos estos síntomas de un modo rápido, en términos que la deglucion puede imposibilitarse, existir la *salida de las bebidas por la nariz* y alterarse la *voz* haciéndose gangosa.

Suelen observarse al mismo tiempo grandes trastornos dependientes del tubo digestivo, tales como vómitos y una

diarrea pertinaz. Por otra parte la *respiracion* está muy distante de dificultarse como en las afecciones de la laringe. Segun Bretonneau, la *disnea es enteramente gutural*, es decir, dependiente de la obliteracion mas ó menos considerable del istmo de las fauces. Finalmente, sobrevienen trastornos profundos en la circulacion é inervacion, motivados principalmente por la escarlatina.

Curso, duracion y terminacion. El *curso* de esta enfermedad no está enteramente subordinado al de la principal. En la epidemia observada por Huxham (*loc. cit.*), sobrevenia la afeccion de la garganta casi al mismo tiempo que la invasion de la escarlatina.

Su *duracion* varía relativamente á la intensidad. Cuando sobreviene la muerte, puede ser muy breve su curso; sucumbiendo los enfermos al mismo tiempo por los progresos de la faringitis, la sofocacion á que da lugar y la escarlatina que tiene un carácter muy insidioso.

La *terminacion* es frecuentemente funesta en los casos graves de que he hecho mérito, y sobre todo en ciertas epidemias. Sin embargo, la mortalidad siempre es menor que en la faringitis seudo-membranosa ó difteritis: mas adelante veremos la razon de este hecho. Cuando termina por la curacion es seguida de una *convalecencia* larga, y subsiste mucho tiempo algun entorpecimiento local.

Lesiones anatómicas. La existencia de la produccion morbosa anteriormente descrita; úlceras superficiales en la mucosa, ocultas por la exudacion durante la vida, indicadas solo por Bretonneau; hinchazon de las amigdalas y ganglios sub-maxilares, su reblandecimiento y á veces supuracion; estension del mal al exófago, casi constantemente coincidiendo con la integridad de la laringe; tales son en pocas palabras los caractéres anatómicos de esta enfermedad. A la integridad de la laringe se debe el que sea tan reducida la mortalidad, comparada con la de la verdadera faringitis seudomembranosa, en que tan fácilmente se propaga el mal á las vias aéreas. Sin embargo, mas arriba hemos visto que habia algunas escepciones de esta regla.

Diagnóstico. Respecto al diagnóstico me contentaré con presentar las diferencias que existen entre esta faringitis y la *difteritis*. Nos sirven en primer lugar de guia los síntomas generales propios de la escarlatina, al mismo tiempo que la erupcion. Dichos síntomas son mas ó menos violentos: la agitacion, los trastornos del tubo intestinal y aceleracion del pulso, nunca han faltado en los casos de faringitis intensa;

cosa que no es aplicable á la erupcion. Háse visto algunas veces, durante las epidemias de escarlatina, presentarse los síntomas generales con una erupcion casi imperceptible, irregular, como en el caso citado por Guerétin, y aun sin vestigios de erupcion. Entonces, ademas de los signos que voy á esponer mas adelante, es preciso buscar con cuidado si hay *descamacion*. Esta, que tiene lugar por chapas mas ó menos anchas, se verifica no solo en las erupciones incompletas, sino tambien en casos que la erupcion ha faltado, como sucedió en el ejemplo que refiere Grisolle. Esta circunstancia por sí sola es suficiente para dar á conocer el carácter de la faringitis pultácea; pero como no sobreviene la descamacion hasta una época en que puede haber hecho la faringitis grandes progresos, bueno será contar con otros signos para formar nuestro juicio. Hé aquí, segun Bretonneau, cuáles son los caractéres mas notables.

En la faringitis escarlatinosa están mas barnizadas las amigdalas por la exudacion que cuando hay cubiertas de películas membraniformes: nadie ignora que se observa lo contrario en la *faringitis difterítica*. Aparece la exudacion de la faringitis escarlatinosa despues de una rubicundez muy viva de color de zumo de fresas que se estiende por la mucosa faríngea: la rubicundez sobre que se desarrolla la falsa membrana en la difteritis, es simplemente inflamatoria. La exudacion de la primera es blanca, opaca, caseiforme, y se deja rayar fácilmente, como he dicho mas arriba; la falsa membrana difterítica es gris, tenaz hasta el punto de no recibir fácilmente la huella de los cuerpos duros que la surcan. En vez de empezar sobre las amigdalas para estenderse mas allá como la faringitis difterítica, la escarlatinosa invade simultáneamente toda la cavidad de la parte posterior de la boca y fosas nasales: Huxham, Fothergill y todos los autores que han observado atentamente esta faringitis, han notado en efecto, en los primeros dias, la inflamacion específica y el flujo fétido de las narices. Finalmente, el hecho mas importante consiste en que la faringitis escarlatinosa no tiene, como la verdadera difteritis, una estremada tendencia á propagarse á las vias respiratorias, sino que por el contrario propende á estenderse por las digestivas.

Tal es la descripcion sucinta que me ha parecido deber presentar de esta afeccion, de la que se han ocupado principalmente Huxham y Fothergill, considerándola como primitiva. Por el contrario, nosotros, ilustrados con las investigaciones mas exactas de estos últimos tiempos, creemos que

no es otra cosa que una consecuencia del exantema: así que no debemos concederla tanta importancia, sin dejar por eso de reconocer su gravedad. Por esto no he consignado el cuadro de todos esos síntomas violentos que han fijado la atencion de los autores que acabo de mencionar, y que no pertenecen á la faringitis sino á la escarlatina.

Tratamiento. Debe detenernos mas el *tratamiento*, en razon á que, bajo el punto de vista terapéutico, es como esta faringitis interesa al práctico. Es difícil distinguir los medios empleados contra la faringitis, de aquellos con que se ha combatido la enfermedad principal, es decir, el exantema febril. No dirigiéndose evidentemente esta reflexion al *tratamiento local*, creo oportuno empezar por él; contentándome con añadir en seguida cuatro palabras respecto al tratamiento de los síntomas generales.

Tratamiento local. Segun Bretonneau (*loc. cit.*, pág. 260) una ligera disolucion del *acetato de plomo* disipa la inflamacion dolorosa de la faringe y acelera la cicatrizacion de las úlceras que, segun él, ocupan frecuentemente las tonsilas durante el primer septenario de esta faringitis. Hé aquí la fórmula que se usa:

R.	Acetato de plomo cristalizado. . . .	10 granos.
	Vinagre destilado.	2 dracmas.
	Alcohol.	1|2 onza.
	Agua comun.	4 onzas.

Mézcle se.

Para averiguar la verdadera eficacia de semejante remedio, preciso es referirse á la gravedad del mal, y buscar con cuidado los efectos inmediatos del medicamento. Antes que Bretonneau, Boucher (*Journ. de Méd.*, 1758), Vogel y Hamilton (*Ing. for the treat. of. the princ. diseases of infancy*, etc.; Edimb., 1825) habian usado el acetato de plomo en circunstancias semejantes.

Todos los remedios que localmente se han propinado para esta enfermedad, casi siempre han sido los *astringentes ácidos y escitantes* enérgicos. El Dr. Barth (*Rust 's Mag. für die gesammte Heilkunde*, *vol.* 27), aconseja un gargarismo con el *ácido* piroleñoso, cuya composicion es la siguiente:

Agua comun.	5 onzas.
Acido piroleñoso.	1|2 onza.
Jarabe simple.	1 id.

Para enjuagarse dos ó tres veces al dia.

Respecto á las sustancias escitantes, me contento con in-

dicar el *dafne mesereum* y la pimienta de Cayena propuestos por Mason Good y Collins. Hé aquí las fórmulas de dichos autores.

Colutorio con el Dafne mesereum (Mason Good).

℞.	Agua de fuente.	4 libras.
	Raiz entera del dafne mesereum. . .	2 dracmas.

Cuézase hasta que se reduzca á la tercera parte. Para enjuagarse tres ó cuatro veces al dia.

Colutorio con la pimienta de Cayena (Collins).

℞.	Pimienta de Cayena.	2 dracmas.
	Sal marina.	1 id.
Disuélvase en:		
	Agua hirviendo.	3 onzas.
Añádase:		
	Jarabe de vinagre.	1 onza.
Mézclese.		

Muchos profesores se contentan con los *gargarismos acídulos*, tales como los que tan profusamente se han enumerado anteriormente. Otros no quieren que se usen mas que los *emolientes*. Cuando la inflamacion es muy violenta mandan aplicar *sanguijuelas* á la base de la mandíbula, y aun recurren á la *sangría general*, proscrita por los autores de los siglos anteriores, y en particular por Huxham, atendido el carácter séptico de la afeccion. Cuando la enfermedad era poco intensa, Guéretin usaba las *fumigaciones emolientes*.

He citado estos diversos ejemplos para dar á conocer que el tratamiento local de la faringitis escarlatinosa no difiere esencialmente del de las demas anginas. Respecto al valor de estos diversos medios, debo decir que no puede formarse juicio, en atencion á que en los hechos que citan los autores no es posible distinguir lo que es esclusivo de la faringitis, de lo que pertenece á la escarlatina. Por lo demas hay una reflexion general aplicable á cuanto acabamos de esponer; y es que no puede considerarse tan peligrosa la lesion local como la enfermedad general bajo cuyo influjo ha aparecido aquella. Esto nos conduce naturalmente á hablar del *tratamiento general*; porque no creo deber añadir á lo espuesto respecto al local, el uso de las *escarificaciones* practicadas por Mead y Borsieri, cuyo peligro es incontestable hoy dia.

Tratamiento general. El *tratamiento general*, aconsejado por Fothergill, Huxham y cuantos autores han hecho abs-

traccion de la influencia de la afeccion general en la local, casi esclusivamente se refiere á los diversos síntomas que acompañan á la escarlatina. Así el *asta de ciervo*, *alcanfor*, *polvo de contrayerba*, etc., administrados con el objeto de mitigar la fiebre, se dirigian evidentemente á combatir el exantema febril.

Cuando se observaban síntomas de putridez, propinaban la *quina*, los *ácidos* y el vino generoso. Ocurria inmediatamente el tratamiento de los síntomas predominantes, entre los que es preciso citar los *vómitos* y *diarrea*. Huxham aconsejaba contra esta última el *ruibarbo tostado*, el *polvo de escordio compuesto*, *cocimiento blanco*, etc. Del exámen de tales medios se deduce que nada hay aplicable á la faringitis.

Segun Guerétin, el uso de los *purgantes* á dósis fraccionarias durante todo el período febril, hubiera sido muy ventajoso en la epidemia que él observó; pero no presenta ningun estado de hechos auténticos en favor de esta asercion. Veamos cómo administraba este purgante.

R.	Calomelanos.	2 granos.
	Jalapa.	de 3 á 5.

Mézclese. Para tomar esta dósis cuatro ó cinco veces al dia en los adultos, y en los niños se graduará con relacion á la edad.

Respecto á las *cantáridas* aplicadas al cuello, nuca ó estremidades inferiores, á las *pociones* y *enemas alcanforadas*, los *opiados*, *baños*, etc., Guéretin los cree desprovistos de eficacia real.

Omito el estenderme mas en este tratamiento, que los autores describen tan confusamente. Esperemos que nuevas observaciones nos ilustren, mientras que convenimos con la mayor parte de los autores modernos en que, primero; la faringitis pultácea se desarrolla bajo el influjo directo de la afeccion eruptiva, cuyo curso se ha descrito de un modo inexacto; segundo, que en los casos leves presenta poco peligro; tercero, y que en los graves parece que la mayor eficacia está en la medicacion tópica.

ARTICULO VI.

FARINGITIS SEUDO-MEMBRANOSA (*Difteritis; angina maligna*).

Despues de haber tratado separadamente de la faringitis pultácea, parece mas fácil abordar la cuestion de la seudomembranosa propiamente dicha, ilustrada en verdad estraor-

dinariamente por las investigaciones modernas, pero que todavía ofrece muchos puntos controvertibles. Habíase confundido, segun he dicho, la descripcion de esta enfermedad con la de otras anginas graves, conocidas con el nombre de *angina maligna*. Pero habiendo comprobado anteriormente la existencia de condiciones que constituyen una especie particular de angina escarlatinosa, vamos ahora á examinar cuáles sean las que imprimen el carácter propio á la faringitis seudo-membranosa ó *difteritis*.

Casi es inútil decir que desde la mas remota antigüedad se conocia esta afeccion, pero solo de un modo imperfecto y vago, no pudiendo menos de ocasionar la mayor indecision en la práctica. En este concepto Bretonneau ha hecho un gran servicio á la ciencia, dando á conocer los caractéres propios de la angina seudo-membranosa. No insisto en esta rápida ojeada histórica, pues será muy óbvio ocurrir á su insuficiencia, en razon á que en cualquier punto se halla la lista de la multitud de autores que han tratado de la angina maligna.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

En el estado actual de la ciencia se aplicará el nombre de *angina seudo-membranosa* ó *difteritis* á una faringitis, cuyo carácter principal es la produccion de una materia plástica estendida sobre la mucosa en forma de capas mas ó menos espesas, fáciles de desprender, al menos en la primera época de la enfermedad, y con una gran tendencia á invadir las vias respiratorias.

La *sinonimia* de esta afeccion es sumamente rica. Así pueden aplicársele los nombres de *angina pestilencial*, *pútrida*, *ulcerosa*, *gangrenosa*, *maligna*, *carbunco anginoso*, *angina sofocante*, *garrotillo*, etc., con que ha sido conocida por varios autores en épocas diversas. Tambien es la misma que en ciertos casos se denominó *ulcus ægyptiacum* ó *syriacum*, *aphtæ malignæ*, etc. Pero, esto es detenernos demasiado en una multitud de espresiones diferentes que indistintamente se refieren á estados morbosos tan diversos.

Felizmente su *frecuencia* no es escesiva en tiempos regulares; pero sobrevienen epidemias en ciertos parajes que producen grandes estragos en multitud de sugetos, siendo bastante numerosas las relaciones que de ellas poseemos. Por lo demas puede muy bien aplicarse á la faringitis seudo-membranosa cuanto se ha consignado (tomo 1.º) acerca de la fre-

cuencia de la *laringitis de igual forma* (croup), pues en la mayor parte de casos comienza *esta* por la faringitis de que tratamos.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

No está tan adelantado el estudio de los hechos, que no permita tener una opinion fundada de las diversas causas predisponentes de la faringitis seudo-membranosa. Respecto á la *edad*, nadie desconoce que los niños están mas espuestos á padecerla que los adultos. Si se exigiesen pruebas de este aserto, bastaria citar los ejemplos de croup, secundario de esta faringitis, observados especialmente en los niños. Bretonneau cita un caso que prueba que pueden padecerla *los recien nacidos* (*loc. cit.*, pág. 36, obs. 4.ª) En este caso observado en un niño de quince dias, era sumamente estensa la falsa membrana, tanto respecto de las vias digestivas como de las aéreas. Cuando la enfermedad tiene el carácter epidémico, puede atacar á los *ancianos* y *adultos* en número bastante considerable, cosa que nos han demostrado las observaciones publicadas en estos últimos años.

Tampoco poseemos datos mas fijos relativamente á la influencia del *sexo*, que lo que espuse al hablar de la laringitis seudo-membranosa (véase tomo 1.°, pág. 237). Igual consideracion es aplicable á la *constitucion* : únicamente diré que en niños que viven bajo el influjo de *malas condiciones higiénicas*, ó bien están *debilitados* por graves padecimientos, es en los que se ha presentado con mas frecuencia en el estado esporádico. Parece mas que probable que estas circunstancias favorezcan su desarrollo en las epidemias.

Tambien puede aplicarse á la faringitis seudo-membranosa lo que consigné en el artículo *Croup* respecto á las estaciones. Así se la ve aparecer con mas frecuencia en las estaciones frias y húmedas, tales como la primavera y otoño. Sin embargo, preciso es advertir que las epidemias han durado mucho tiempo, habiéndose prolongado con intensidad durante el invierno y estío, y que particularmente las observadas por Bretonneau han empezado á fines del otoño.

Respecto á los *climas* queda todavía que averiguar la influencia verdadera que tengan en su produccion. Sin embargo, se puede comprobar que la afeccion ha aparecido en diversos climas. Ghisi la observó en Cremona; Samuel Bard, en Nueva-York; Chomel, en París; Bretonneau, Gendron, etc., en

Tours y sus inmediaciones. ¿Ejercerán las *localidades* una influencia notable en la aparicion de esta enfermedad? Esto es precisamente lo que ocurre á primera vista y lo que opinó Trousseau (*Dict. de Méd.*, tomo 10, article *Diphtherite*). Creyó al principio este médico que se podria atribuir el desarrollo de la difteritis al *frio húmedo* que la disposicion particular de ciertas localidades sostiene en la atmósfera. Pero mas adelante, habiendo observado que villas situadas en alturas, y por consiguiente secas y bien ventiladas, fueron diezmadas por una epidemia, mientras que otras poco distantes que disfrutaban condiciones diametralmente opuestas se hallaban exentas, le fué preciso renunciar á su opinion. No obstante, necesario es convencerse de que no se ha dilucidado completamente este punto, pues se halla esta cuestion íntimamente ligada á la del contagio, que ha podido ocurrir sin noticia de los observadores.

Hemos visto presentarse la *faringitis pultácea* durante el curso de la escarlatina. No puede decirse otro tanto de la seudo-membranosa: en las epidemias casi siempre ataca repentinamente y sin afeccion preexistente. Sin embargo, tambien se la ve aparecer durante el curso de alguna; y entre ellas no hay otra que se complique con mas frecuencia que con el *sarampion*, y mas rara vez las *viruelas* (*véase Andral Clin. Méd.*, tomo 1.°, pág. 290), y en los adultos comunmente aparece durante el curso de una enfermedad crónica, la tísis sobre todo. (Véase Louis, Charcelay, etc., citados en el artículo *Croup*, tomo 1.°, pag. 237). Castelnau ha recogido en el hospital Beaujon, en la clínica de Louis, un hecho muy particular de faringitis seudo-membranosa propagada á las vias respiratorias en un convaleciente de una fiebre tifoidea; y Louis, al mismo tiempo que otros prácticos, refieren algunos ejemplos de la misma clase.

Casi es ocioso indicar el carácter epidémico de esta afeccion. Se conocen las epidemias observadas por Ghisi Chomel, Samuel Bard, y las que Bretonneau (*Epidemies de Tours, de Chenusson, de la Ferriere*), Bourgeois (*Epidemie de la Maison royale de Saint-Denis; Mem. de l'Acad. roy. de Med.*, T. 4.°, 1.ª *fascic.*); Mazade de Limoges (*Epid. du canton de Magnac-Laval*); Lespine (*Epid. de l'Ecole roy. mil. de la Fleche*) etc., han presenciado y publicado su descripcion. Pudiera multiplicar estas citas, pero inútilmente. Lo particular que se encuentra en todas estas epidemias, cuya historia poseemos, es que, fuera de ligeras diferencias, todas han presentado iguales caractéres y gravedad, que siempre ha dependido de la

propagacion casi constante de la exudacion membraniforme á las vias aéreas.

No teniendo nada positivo que decir acerca de la influencia del *temperamento* y otras causas predisponentes, tales como el *vicio escrofuloso*, etc., paso inmediatamente á ocuparme del estudio de las causas ocasionales.

2.° *Causas ocasionales.*

No repetiré en este lugar cuanto espuse acerca de las causas ocasionales en el artículo *Laringitis seudo-membranosa* (tomo 1.°, pág. 239); pues el lector hará fácilmente su aplicacion, limitándome solo á añadir dos palabras sobre el *contagio* admitido por unos y negado por otros.

Los autores de los siglos pasados no han tenido duda alguna acerca del carácter contagioso de la enfermedad en cuestion: Cullen (tomo 1.°) admite formalmente su existencia; pero es necesario reunir hechos á propósito para ilustrar esta cuestion dudosa. Bretonneau, que ha fijado particularmente su atencion en esta materia, dice que el contagio es difícil de evidenciar. Sin embargo, me parece disipar todas las dudas cuando dice (*loc. cit.*, pág. 85): «Cada vez que ella (la difteritis) ha sido importada al Hospital general, y se ha propagado, ha sido fácil apreciar al principio el momento, y aun diré el minuto en que se ha comunicado.» ¿Puede establecerse mejor la existencia del contagio? Por otra parte, dicho autor cita aquí y allá multitud de hechos concluyentes; y otros, como Brunet (*Arch. gén. de Méd.*, tomo 3.°, página 536), han reunido muchos que disipan todo género de dudas. Collineau ha consignado la observacion de una mujer que habiendo besado muchas veces á un sobrinito suyo en la boca, estando afecto del croup, fué acometida de la faringitis seudo-membranosa. Poco es el valor de este hecho aislado, porque en el curso de una epidemia deben encontrarse coincidencias semejantes; pero bueno será añadirle á otros mas concluyentes. No es fácil dispensarse de adherirse á la opinion de los autores anteriormente citados, y de Guersant, Trousseau, Ramon, Bourgeois, etc., que han visto tantas veces verificarse el contagio de un modo claro; por todo lo que su existencia es un hecho fuera de toda duda.

§. III.—Síntomas.

Lo que he dicho muchas veces de la repentina propagacion á las vias aéreas de la exudacion morbosa, hace inútil y

primera vista una esposicion detallada de los síntomas de la faringitis seudo-membranosa, pues pudiera considerarse esta afeccion como los prodromos de la *laringitis seudo-membranosa*. Pero habiéndose por una parte observado casos en que la inflamacion seudo-membranosa se hallaba limitada á la faringe, de lo que el mismo Bretonneau (*loc. cit.*, pág. 140, obs. 10.ª) cita un ejemplo notable, y por otra, aun admitiendo que la faringitis no fuese mas que un signo de la invasion del croup, preciso es, á pesar de todo, conocer de un modo especial los síntomas de esta invasion, pues por un tratamiento particular deberemos prometernos detener el curso de esta afeccion.

Principio. Empieza de un modo generalmente poco alarmante, y no se dá á conocer mas que por una ligera dificultad en el acto de la deglucion, á veces por dolor poco intenso que va acompañado ordinariamente de un movimiento febril ligero y postracion mas ó menos notable. Progresando despues la enfermedad, se ve aparecer la falsa membrana, que es el carácter propio de la afeccion.

Síntomas. Antes que esto se verifique, no se observa en la faringe mas que una ligera *hinchazon*, acompañada de rubicundez circunscrita y como con puntas. Casi siempre es una sola tonsila la que presenta estas alteraciones, que con mucha rapidez invaden toda la glándula.

En una época un poco mas adelantada se ven aparecer en la superficie de la amigdala *manchitas opalinas* semejantes al moco coagulado. Segun Bretonneau, debajo de esta capa, que toma un poco de consistencia, pueden acumularse en ciertos puntos nuevas cantidades de moco, y semejar las pústulas que J. Franck cree haber observado en la angina maligna. Mas adelante pierde la *falsa membrana* su trasparencia, y se hace mas consistente. Adquiere frecuentemente un notable espesor, y se la ha visto de cerca de media pulgada; su color varía desde el blanco amarillo, al gris, y hasta el negro. Hácese al mismo tiempo mas gruesa, toma mayor consistencia y aumenta en latitud, precediendo siempre á su formacion la rubicundez de la membrana mucosa. Hay ocasiones en que esta rubicundez se estiende á manera de *estrias* mas allá del punto en que comienza la exudacion plástica.

Si se desprende la produccion morbosa, se la encuentra adherida á la mucosa subyacente por *pequeños filamentos* que, segun Bretonneau, penetran hasta las criptas mucosas. Antes que se caigan los colgajos seudo-membranosos, se observa, como le ha sucedido á Guersant, sobreponérseles el epitelium,

de lo que resulta que el *asiento primitivo* de la seudo-membrana es entre el epitelium y el mismo tejido mucoso.

Cuando caen los colgajos *seudo-membranosos*, ó bien se les desprende mecánicamente, se observa debajo de ellos, inyectado el tejido mucoso de un rojo oscuro, y segun Guersant, mas seco que hinchado. Todos los autores han convenido en la existencia de pequeños *equimosis* negros, desiguales, de forma oblonga, y que llegan á ser á veces tan considerables que forman un *tumor* lívido de superficie desigual, y semejante, segun Bretonneau (*loc. cit.*, pág. 141), á una escrescencia cancerosa. Roche opina que los pequeños equímosis que se presentan en el tejido mucoso, son el orígen de las falsas membranas; pero estas cuestiones ofrecen poco interés al práctico.

Cuando la enfermedad llega á este grado presenta los caractéres siguientes: hálianse las *tonsilas* mas ó menos hinchadas, y en ocasiones de un volúmen enorme. Están cubiertas, en toda ó la mayor parte de su estension, de concreciones seudo-membranosas, de un aspecto mas ó menos sórdido, y semejantes á la superficie de una úlcera de mal carácter. Propáganse dichas concreciones á los pilares del velo palatino, á ambas superficies de dicho velo, con bastante frecuencia á las fosas nasales, y muchas veces hasta la boca.

Resultan pues de este estado los síntomas siguientes: el *aliento* adquiere un olor sumamente fétido. Hay una *salivacion* mas ó menos copiosa, de un líquido amarillento y de un olor nauseabundo, y casi siempre *espuicion* sanguinolenta. Depende esta de la abundante infiltracion sanguínea que se observa en la faringe. No se refieren casos en que la hemorragia faríngea haya sido bastante considerable para creerla muy grave.

Respecto al *dolor* que esperimenta el paciente, no está generalmente en relacion con la intensidad que ofrece la afeccion. A veces falta casi completamente: otro tanto puede decirse acerca de la dificultad de la deglucion, que parece debia ser muy considerable en tal enfermedad, y que sin embargo es poco notable en el mayor número de casos.

Respecto á la *voz*, está profundamente alterada en general, aun cuando nunca en tan alto grado como cuando se ha propagado la afeccion á la laringe; en cuyo caso aparece oscura y nasal.

La *tos* es un fenómeno que se observa con bastante frecuencia en la faringitis seudo-membranosa; pero cuando la afeccion no ha ocupado la laringe, tiene caractéres que hacen

diferenciarla completamente de la croupal. No es tan violenta; y consiste mas bien en un movimiento brusco de *escrecion* que no en una sacudida convulsiva de los órganos respiratorios. Relativamente á la *respiracion*, acontece con frecuencia hallarla completamente libre; y aun en los casos en que es difícil, nunca puede compararse con la intensidad que ofrece esta alteracion en la laringitis seudo-membranosa.

Siempre que la exudacion seudo-membranosa se *propaga á las fosas nasales*, aparece un flujo amarillento y sumamente fétido por las narices; fenómeno que llamó la atencion de los autores antiguos. Tampoco es raro sobrevenga entonces una epistaxis que en ciertos casos puede ser tan abundante que inspire sérios temores, tal como en el caso citado por Ribes.

Si la enfermedad ha llegado *á la boca*, aparecen reunidos los síntomas que acabo de indicar, con los que mas arriba espusimos pertenecientes á la stomatitis seudo-membranosa; y si, como acontece en el mayor número de casos, se *propaga á la laringe*, desaparece el valor real de la faringitis: de nada nos cuidamos ya mas que del croup que se ha desarrollado, y que es la consecuencia mas terrible de la afeccion.

No es esclusivamente propia de las membranas mucosas la aparicion de esta seudo-membrana particular, pues tambien se ha observado *en diversos puntos de la piel*, y Trousseau (*loc. cit.*), juntamente con los autores *del Compendium* (Article *Diphtheritis*), la han descrito bajo el nombre de *difteritis cutánea*. Ya los autores antiguos habian observado estas falsas membranas cutáneas, descritas principalmente por Starr, y que mas adelante han sido comprobadas por todos cuantos se han ocupado de esta materia, y en particular Bretonneau y Guersant. Se presentan de preferencia generalmente en las alas de la nariz, parte posterior de las orejas, márgen del ano, de la vulva y al rededor de los pezones. Sin embargo, algunas veces se las vé en otros puntos; y así es que Trousseau (*de la Diphtheritis cutánea, Arch. gén. de Méd.*, tomo 23, 1830) ha observado casos en que la falsa membrana ocupaba la superficie de los vejigatorios colocados en diversas regiones del cuerpo, y en general todos los puntos escoriados. Segun el autor citado, es preciso que préviamente se forme una escoriacion para que aparezca la falsa membrana; pero necesario es admitir que la escoriacion es el principio del trabajo morboso especial; y justamente tal acontece cuando se presenta dicho fenómeno detrás de las orejas, y en otros puntos en que la piel está en contacto consigo misma.

Paréceme no haberse meditado suficientemente el valor de

estas *falsas membranas cutáneas*, que tanta gravedad añaden á la afeccion, segun lo han comprobado Lespine y Bourgeois en las epidemias que han observado. El desarrollo de falsas membranas sobre la piel es á mi parecer un carácter diferencial bien claro entre la difteritis y la faringitis pultácea; y únicamente en los casos que la faringitis seudo-membranosa se presenta con todos sus caractéres difteríticos, faltando solo la escarlatina, es cuando se ha observado aparecer la falsa membrana cutánea. Fothergill, Huxham y cuantos han visto la enfermedad escarlatinosa de la garganta no hacen mencion de este síntoma, por mas cuidado con que hayan descrito la enfermedad. Tambien le ha omitido el mismo Trousseau al describir la angina escarlatinosa, en tanto que cita gran número de hechos observados durante el curso de otras epidemias que han devastado la Sologne, y que ofrecian todos los caractéres de una epidemia de difteritis (1) (véase *Arch. gén. de Méd.*, tomo 21, pág. 541; 1829: *Epidemie d' angine scarlatineuse*; y el tomo 23 de la misma coleccion *Diphtherite cutanée*). Importa mucho que los prácticos fijen su atencion en este punto, pues es un signo diferencial de un valor inmenso.

Basta solo añadir, para terminar la descricion de estas falsas membranas cutáneas, que todos sus caractéres son idénticos á los de las que se presentan en las mucosas. Igual variacion en el color de la exudacion, idéntica infiltracion sanguínea en la piel, y la misma tendencia á progresar. Esta suele á veces ser tan grande que Trousseau ha visto á una seudo-membrana desarrollada primitivamente sobre un vejigatorio de la nuca, estenderse á todo el dorso. Siempre son grandes sus progresos, y de un dia á otro ha duplicado su estension.

En una época mas adelantada de la enfermedad, si no se ha propagado la seudo-membrana faríngea á las vias respiratorias, se ven sobrevenir los cambios siguientes: disminuye en parte la hinchazon de las amigdalas; se bañan los

---

(1) Insisto en este punto, porque una falsa indicacion, suministrada por el mismo Trousseau en el *Dict. de Méd.*, pág. 389, tomo 10, pudiera hacer creer que ha observado la difteritis cutánea en el curso de la angina escarlatinosa. Efectivamente este autor cita, como comprendiendo un caso de difteritis cutánea en la Memoria inserta en el *tomo* 21 *des Archives*, donde se trata de una angina escarlatinosa que nada semejante presenta. Preciso es ir á buscarla al *tomo* 23, pág. 383 y siguientes.

colgajos seudo-membranosos de una materia moco-purulenta; se desprenden en ciertos puntos; son mas ó menos anchos y gruesos, y salen por escrecion, encontrándolos entre la materia que se esputa; conservan todavía la tendencia á reproducirse, y algunas veces se les ha visto desprenderse, caer y ser reemplazados nuevamente en tres ó cuatro ocasiones sucesivas.

En otras circunstancias mas raras no se desprende de este modo la seudo-membrana muy adherente: Guersant la ha visto desgastarse poco á poco y reducirse á una simple película, desapareciendo finalmente por una reabsorcion latente.

Inútil es añadir que igual acontece en los demas puntos invadidos por la falsa membrana, y que mientras se verifican estos cambios en la lesion orgánica, los trastornos funcionales antes indicados esperimentan una notable mejoría.

He dicho ya que la fiebre era al principio poco intensa: con frecuencia sucede que continúa del mismo modo durante el curso de toda la afeccion, si se esceptúa el caso de propagarse aquella á la laringe, de que no debemos ocuparnos en este lugar. El *pulso* es pequeño y débil, poco mas frecuente que en el estado normal en casi todos los casos. La *sed* no es muy intensa y va acompañada de *inapetencia*, siendo estos los principales fenómenos morbosos dependientes de las vias digestivas. Cuando sobreviene una *diarrea* intensa, generalmente denota la formacion de una seudo-membrana en la parte inferior del intestino; mucho mas puede asegurarse esto, siempre que tenga lugar una *hemorragia intestinal*, caso sumamente raro. Obsérvanse en ocasiones *vómitos* mas ó menos pertinaces: entonces se halla comprometido el esófago, si bien se concibe fácilmente que la simple presencia en la faringe de la seudo-membrana y el infarto de las amigdalas son causas suficientes para provocarlos.

Completan finalmente estos síntomas la *postracion*, *tristeza* y *debilidad* mas ó menos considerable, no habiéndose ocupado de ellos los autores con demasiada detencion, siempre preocupados con la descripcion del estado local.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la afeccion es bastante insidioso al principio; y si se trata de un niño, por ejemplo, no podrá sospecharse el estado de la garganta, porque no acusará ni la disfagia, ni otro trastorno funcional. Puede ser que solo se observe en-

tonces la postracion general. Por lo demas el curso es contínuo, progresa la afeccion incesantemente, y la seudo-membrana se estiende cada vez mas. Sin embargo, estos progresos son mas ó menos lentos, segun los casos, entendiéndose respecto un número conside rable de ellos. Así que, mientras se observa en muchos que en cinco ó seis dias llega la enfermedad al mayor grado de intensidad, son necesarios en otros para que tal suceda diez, doce ó quince dias. Bretonneau cita algunos ejemplos de esta especie.

De aquí se infiere lo variable que debe ser *su duracion*. No obstante, segun las observaciones principales, podemos fijarla aproximadamente entre doce y quin ce dias, cuando en los casos ordinarios se obtiene la curacion. Si sobreviene la muerte por la invasion de las vias respiratorias, el tránsito de la inflamacion específica de la faringe á la laringe puede ser muy rápido; así puede acontecer en veinte y cuatro horas. En otros, aunque menos frecuentes, no se propaga la falsa membrana hasta las vias respiratorias, sino despues de cinco ó seis dias. Cuando sucumbe el enfermo sin presentarse este último accidente, lo que tiene lugar casi siempre que sobreviene la difteritis cutánea y es muy estensa, suele prolongarse la afeccion hasta los veinte y cinco, treinta ó mas dias.

La *terminacion* es casi siempre funesta, pero no depende de ella, segun opinan los autores; la inminencia del peligro es solo por el tránsito de la inflamacion específica á las vias respiratorias. Sin embargo, ha habido casos en que el sugeto ha sucumbido sin que se verifique aquella: Lespine y Trousseau han consignado algunos ejemplos. Existia en estos casos una difteritis cutánea mas ó menos estensa, que parecia anunciar una infeccion general, propia para esplicar la gravedad de la afeccion. No juzgo oportuno describir la terminacion fatal determinada por el croup. Cuando la muerte ha sido consecuencia de la gravedad del estado general, la preceden la postracion de fuerzas, debilidad, consuncion y diarrea. Hemos visto que cuando debian curarse los enfermos, se detenian los progresos de la falsa membrana, y que era reemplazada por una secrecion moco-purulenta, que servia para desprender los colgajos.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Las *lesiones anatómicas* nos ocuparán poco tiempo. En la descripcion sintomática del estado local, he indicado las principales alteraciones observadas en la faringe. Así que, me

bastará añadir que despues de la muerte se vé á la infiltracion sanguínea penetrar mas ó menos en el tejido mucoso y sub-mucoso; que las falsas membranas ya son adherentes, ó ya se desprenden con facilidad; que están formadas ordinariamente de muchas hojuelas, presentando algunas veces en su superficie interna puntitos rojos, debidos á las manchas sanguíneas correspondientes á los que ocupan los *equímosis*; y finalmente, se encuentra en el esófago, mas rara vez en el intestino, en ocasiones sobre diversas partes del cuerpo, y muy frecuentemente en las vias aéreas, la seudo-membrana mucosa ó cutánea que caracteriza la afeccion. Sensible es que no se hayan hecho las suficientes investigaciones acerca del *estado de la sangre* en esta enfermedad.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de esta afeccion en general es fácil, principalmente desde que conocemos la formacion de la seudo-membranosa. Sin embargo existen circunstancias que podrán ofuscar al práctico, y son precisamente las que voy á revisar.

Entre las enfermedades con que puede confundirse la laringitis seudo-membranosa, hallamos en primer lugar á la *pultácea*. He consignado el diagnóstico diferencial de ambas afecciones en el artículo anterior (véase pág. 61). Así que no debo reproducirle en este lugar: lo que únicamente diré que en vista de las consideraciones emitidas, me parece que Guersant, si bien conoció los caractéres propios de cada uno de estos estados morbosos, no los ha separado con suficiente claridad. Verdad es que existen ciertos hechos, y he citado mas arriba, en los que una difteritis propagada á la laringe se ha presentado en un escarlatinoso; pero deben mirarse como puramente escepcionales; pues en casi todos los casos no pasan las cosas de este modo, y tampoco estamos seguros que circunstancias particulares no hayan influido en que aparezca durante el curso de la escarlata una verdadera difteritis diferente de la angina escarlatinosa ordinaria. Debe la observacion empeñarse en dilucidar completamente este punto: en tanto, examinemos con Bretonneau los resultados que suministran la mayoría de los hechos.

La *faringitis ulcerosa* se diferencia fácilmente hoy de la seudo-membranosa. En efecto, solo las simples apariencias pudieron sorprender á nuestros antepasados. En la úlcera de las amigdalas y velo del paladar, de que hablaremos en el artículo inmediato, presentan las partes una depresion con

bordes mas ó menos elevados, con un detritus amarillento, irregular, que no produce elevacion en el márgen, ó bien con una pérdida de sustancia fácil de reconocer. Acabamos de ver que la faringitis seudo-membranosa presenta caractéres diametralmente opuestos.

Respecto á la *faringit's gangrenosa*, consignaré su diagnóstico cuando haya hecho su historia. Diremos solo en este lugar, que á veces se observa, como en la *estomatitis gangrenosa*, la simultaneidad de ambas formas de la afeccion, pudiendo entonces admitir una faringitis gangrenosa de forma seudo-membranosa. Verdad es que Guersant no ha visto semejantes casos; pero Bretonneau cita un ejemplo, en el que si bien no fijó mucho su atencion, no por eso fué menos característico. En hechos de esta especie, el infarto considerable de los tejidos que rodean la úlcera, su aspecto lívido, la sanies rojiza ó negruzca que fluye, nos ilustrarán acerca de la naturaleza gangrenosa de la afeccion.

He dicho anteriormente que Bretonneau observó un caso en que estaba al parecer tan profundamente alterada la amigdala, que á primera vista hubiera sido fácil creer en la existencia de un verdadero *cáncer*; pero basta atender á la poca duracion de la enfermedad, cuya invasion no ascenderia á quince ó veinte dias atrás, para aclarar el diagnóstico, que en realidad carece de gran importancia.

Finalmente, Bretonneau opina que deben considerarse como una misma y sola afeccion el muguet y la de que tratamos. Los autores del *Compendium* participan de esta manera de ver, cosa que no puede menos de chocar cuando no existe ninguna relacion entre ambas enfermedades. El asiento, forma del producto morboso, estado de la mucosa subyacente, curso de la enfermedad, y progresos de la exudacion plástica en diversas épocas, son absolutamente diversas en ellas. Así no creo oportuno insistir mas tiempo en un punto demostrado hoy dia hasta la evidencia.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Caractéres diferenciales de la faringitis pultácea y seudo-membranosa.*

(Véase la esposicion de este diagnóstico, pág. 65).

2.° *Caractéres diferenciales de la faringitis ulcerosa y seudo-membranosa.*

FARINGITIS SEUDO-MEMBRANOSA.	FARINGITIS ULCEROSA.
Colgajos seudo-membranosos ordinariamente de bastante espesor.	*Detritus* amarillento; centro deprimido; bordes elevados.
Despréndense con *facilidad.*	En esta lo ejecutan *difícilmente.*
No dejan pérdida de sustancia notable debajo de ellos.	Dejan debajo de sí pérdida de sustancia mas ó menos considerable.

3.° *Caractéres diferenciales de la faringitis gangrenosa y seudo-membranosa.*

(Véase mas adelante el cuadro sinóptico en el artículo faringitis gangrenosa).

4.° *Caractéres diferenciales del cáncer de la faringe y de la faringitis seudo-membranosa en algunos casos raros.*

FARINGITIS SEUDO-MEMBRANOSA.	CANCER DE LA FARINGE.
Principio que no se refiere á mas de *diez ó quince dias.*	Principio *mucho mas remoto.*

Bastan solo estas circunstancias para allanar las dificultades de este último diagnóstico.

Pronóstico. Fácil es, atendidas las consideraciones en que he insistido, establecer el pronóstico de esta afeccion. Es muy grave, pues produce, propagándose á las vias respiratorias, accidentes frecuentemente mortales. Así que, cuando la enfermedad se limita completamente á la faringe, casi siempre se consigue la curacion.

Hay sin embargo otros casos de que ya he hecho mérito, y que importa recordarlos en este lugar. Cuando aparecen las falsas membranas en muchos puntos, en las fosas nasales, detrás de las orejas, márgen del ano, etc., la enfermedad adquiere mucha gravedad. Así es como Lespine (*loc. cit.*) ha visto sucumbir un sugeto sin que la falsa membrana se hubiera propagado á la laringe. ¿Esplicaremos esta gravedad particular de la afeccion en tales casos por la existencia de

una alteracion general caracterizada por la presencia de todas estas falsas membranas, ó será preciso al contrario atribuirla á los síntomas, algunas veces tan intensos, que ocasiona la misma produccion de falsas membranas, tales como la diarrea, vómitos, etc.? Hé aquí una cuestion poco atendida hasta la actualidad, y que es imposible resolver. Sin embargo, puede muy bien creerse que ambas causas contribuyen mucho á producir tal resultado.

Tampoco se ha estudiado con detenimiento la cuestion de las *recidivas*, y esperamos que nuevas observaciones ilustren este punto.

§. VII. — Tratamiento.

No pienso estenderme demasiado en la esposicion del tratamiento de la faringitis seudo-membranosa, pues se ha simplificado estraordinariamente para nosotros esta parte de su historia, despues de lo que hemos consignado en el artículo Laringitis seudo-membranosa (véase t. 1.º, páginas 261 y siguientes). En efecto; he debido, al esponer el tratamiento del croup, demostrar cómo puede prevenírsele, deteniendo el curso de la faringitis seudo-membranosa que le precede; razon porque me he visto impelido á indicar el *tratamiento tópico* de esta afeccion. Me limitaré pues á recordarle sucintamente, añadiendo algunas consideraciones sobre ciertos medios especiales, *tratamiento general* y *tratamiento preservativo*.

1.º *Tratamieuto local.* Mientras que se confundia la faringitis seudo-membranosa con las otras malignas, y le atribuian un carácter gangrenoso, prodigaban estraordinariamente los *antisépticos generales* que obran sobre toda la economía; pero cuando se han estudiado mejor los caractéres de la enfermedad, y sobre todo se ha visto la gran tendencia á propagarse á las vias respiratorias, se ha creido naturalmente que seria mayor la eficacia de los tópicos para detener su curso. Ya Van-Swieten concibió la idea de practicar sobre la faringe una cauterizacion profunda; pero no puede disputarse á Bretonneau en estos últimos tiempos la gloria de haber emitido las mas poderosas razones en favor de la importancia de este tratamiento. Todos convienen hoy en esta verdad, y si Gintrac (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, t. 4, pág. 265) ha creido reconocer en un caso los malos efectos de la cauterizacion con el ácido hidroclórico, poco supone un hecho aislado y escepcional, en el que tal vez la agravacion de los sín-

tomas dependió del curso natural de la afeccion. Así la cauterizacion se la considera como el remedio por escelencia, y debe empezarse por él.

Cauterizacion. He dado ya á conocer (t. 1º artículo *Croup.*, pág. 300) el modo como se efectúan las diversas cauterizaciones. Me circunscribiré á repetir en este lugar que generalmente se practican á beneficio del *ácido hidroclórico* y del *nitrato de plata*. Gendron (*Arc. gén.* de *Méd.*, 2.ª série, t. 3, pág. 395) ha empleado en un caso con mucho éxito el *cilindro de nitrato de plata*. Sin embargo, se necesitan grandes precauciones para usarle: así se cuidará que el pedazo de piedra infernal sobresalga muy poco del porta-cáustico, y se le fijará con la mayor solidez. Obrando de otro modo, era de temer que se rompiese, y cayese una porcion considerable en el esófago produciendo accidentes mortales.

Prefiérese generalmente la cauterizacion con la disolucion del nitrato de plata, tal como la he indicado en el t. 1.º, pág. 280). Empléanse el *ácido sulfúrico*, *nitrato ácido de mercurio* del mismo modo que el hidroclórico, que merece ordinariamente la preferencia segun Bretonneau.

Remito asimismo al lector al primer tomo de esta obra para el uso de diversos *polvos catereticos* empleados por gran número de médicos. Asi la *insuflacion del alumbre*, en que tienen la mayor confianza Guersant, Ramon y Trousseau, y las practicadas á beneficio de los *cloruros de cal* y *sosa secos* han sido descritas con la mayor detencion en el artículo citado. Otro tanto puede decirse de las insuflaciones ejecutadas con los *polvos mercuriales*, absteniéndome de añadir nada en este lugar.

Escarificacion. Guersant, que ha empleado los medios que acabo de mencionar, juzga que es útil practicar préviamente algunas escarificaciones superficiales sobre las amigdalas. Es cierto que á beneficio de este método se consigue llevar á mas profundidad la accion de la sustancia cáustica; pero como estas escarificaciones son dolorosas, y aun se nos puede permitir creer sean seguidas de consecuencias funestas, es necesario examinar los hechos para convenir en las ventajas que proporcionan.

Pyrothonide. Encontramos aquí la sustancia tan preconizada por Ranque en el tratamiento de la faringitis simple. El pyrotonide es un irritante bastante fuerte; así que obra como los medicamentos anteriores, aunque en diverso grado, y aun puede admitirse, que bajo ciertas restricciones posee sus ventajas; pero para determinar positivamente su grado de

eficacia, es necesario el auxilio de hechos numerosos y concluyentes, de que carecemos hasta ahora.

Inyecciones de agua templada. Gintrac vió un caso (*loc. cit.*) en que despues de haber empleado inútilmente los cloruros, y la cauterizacion por el ácido hidroclórico, se detuvo la enfermedad mediante algunas inyecciones de agua tibia. Preciso es abstenerse de concluir en vista de esto, que fueron perjudiciales los primeros remedios, y que únicamente al último debe atribuirse la eficacia. Solo podremos destinar un lugar, aunque secundario, en el tratamiento de la faringitis seudo membranosa, á las inyecciones que, arrojadas con alguna fuerza, ayudan á las partes á despojarse de los colgajos seudo-membranosos que las obstruyen.

Hoy está generalmente reconocido que *nunca debe intentarse desprender á viva fuerza* la seudo membrana que tapiza la faringe. En efecto, mientras no se han contenido los progresos de la enfermedad, dicho producto morboso tiene la mayor tendencia á reproducirse, haciendo sufrir inútilmente al enfermo. Si por el contrario la enfermedad se aproxima á su curacion, se desprenden fácilmente los colgajos por sí mismos, bastando para desobstruir las partes unos gargarismos atemperantes.

Deben emplearse, juntamente con los medios anteriores, los *gargarismos* atemperantes, ligeramente acídulos ó aluminosos. Prescríbense los *emolientes* cuando parece que la cauterizacion ha producido una irritacion intensa; y los *acídulos* y *aluminosos*, cuando por el contrario hay poco estímulo y casi ningun dolor en la parte afecta. En este último caso Guersant aconseja el siguiente:

R.	Sulfato ácido de aluminio..	1 dracma.
	Agua.	6 onzas.
	Jarabe de moras, ó miel rosada. . .	1 idem.

Mézclese.

Tales son los tópicos aplicados directamente sobre la superficie inflamada. Algunos profesores han propuesto recurrir como *derivativos ó revulsivos* á los *irritantes cutáneos*, puestos en un sitio mas ó menos próximo al asiento del mal. Así Mazade empleó los *sinapismos* y *vejigatorios* en la *epidemia* de *Laval*. Tambien hemos mencionado anteriormente casos observados por Trousseau, en que se aplicaron vejigatorios á la nuca. Sin embargo, todos convienen actualmente en que deben proscribirse tales remedios. Los sinapismos, pediluvios con mostaza, etc., gozan de una accion demasiado débil para

oponerse con alguna eficacia á los progresos de la enfermedad; y los vejigatorios, lejos de ser útiles, deben considerarse como peligrosos. En efecto, casi siempre acontece que se desarrolla en su superficie la difteritis cutánea, de que antes he hablado. Tampoco debe emplearse la *vesicacion superficial* del modo que la recomienda Bretonneau en la laringitis seudo-membranosa (véase tomo 1.º, artículo *Croup*); puesto que no se trata aquí de echar mano de esos remedios desesperados, en razon á no hallarse inmediatamente comprometida la existencia del paciente.

2.º *Tratamiento general.* Inútil seria repetir lo dicho en el artículo *Croup* sobre la eficacia real de las *emisiones sanguíneas*; pues si la enfermedad es de igual naturaleza, deben aplicarse perfectamente cuantas reflexiones espuse al hablar de la laringitis seudo-membranosa. Solo diré que no existe un solo caso en que se hayan contenido, de un modo evidente, los progresos de la enfermedad á espensas del tratamiento antiflogístico, cualquiera que haya sido su energía. Empléase con bastante frecuencia la *sangría general* en los adultos; dejando casi esclusivamente para los niños las aplicaciones de sanguijuelas.

Siempre que se quieran usar estos medios, se cuidará de hacerlo en la época mas próxima al principio de la enfermedad.

Eméticos y *purgantes.* Todavía debo en esta ocasion remitir al lector á lo que dije acerca de la accion de los primeros contra el croup. Verdad es que no poseemos hechos semejantes para conocer la eficacia de tales medios en el caso de difteritis limitadas á la faringe; pero la identidad entre ambas afecciones hace que, sin violentar la analogía, puedan ser aplicables á ambas las mismas reflexiones. El emético que casi siempre usa Guersant es el siguiente:

R.	Infusion de polígala.	4 onzas.
	Ojimiel escilítico.	5 dracmas.
	Emético.	1 grano.
	Jarabe de ipecacuana.	1 onza.

Menester es, para que sea completa la accion de dicho medicamento, que no se deje pasar mucho tiempo de una á otra cucharada de esta pocion; pudiendo reducirse á diez ó quince minutos el intervalo medio.

Muy lejos están los *purgantes* de usarse con tanta frecuencia. Sin embargo, preciso es hacer una escepcion en favor de los *calomelanos*, cuya accion sobre el tubo digestivo está enlazada con otra propia de las preparaciones mercuria-

les. Así que, no teniendo nada de particular que añadir acerca de los purgantes, voy á detenerme un momento en estas últimas preparaciones.

Preparaciones mercuriales. He mencionado ya la insuflacion hecha con polvos mercuriales; así que no me ocuparé en este lugar mas que de los que se administran interiormente, ó por mejor decir, de los *calomelanos*, único remedio de esta clase mas generalmente empleado, añadiendo algo acerca de las *fricciones mercuriales.* William Conolly de Cheltenham, citado por Twedee (*Cycl. of prat. med.*, artículo *Angina*), propinaba el mercurio de un modo continuado en la epidemia de Tours, cuya relacion debemos á Trousseau. He aquí cómo lo empleaba.

Hacia tomar al enfermo cada dos horas 2 granos de calomelanos; ordenaba despues practicar las fricciones mercuriales al cuello, dorso y brazos; y cuando parecia disminuir la lesion local, y principalmente tan luego como se observaba la accion del mercurio en la boca, empezaba á administrarle mas de tarde en tarde, llegando á suspenderle juntamente con las fricciones.

Hemos visto que sin negar absolutamente Bretonneau la utilidad de tales remedios, los coloca entre los simples ayudantes, no permitiendo la lectura de tales observaciones participar de otra opinion. Hallando Guersant (*loc. cit.*) demasiado escesiva la dósis administrada por Conolly, la reduce á 1 y hasta 1/2 grano por toma.

Finalmente, cuando se creia observar en la afeccion caractéres gangrenosos, se administraban los *tónicos*, y en particular el *vino quinado* y los amargos; pero no son suficientes los estudios hechos con este objeto para deducir ningun resultado positivo; debiendo insistir de nuevo en esta materia al hablar de la *faringitis gangrenosa.*

Las *bebidas emolientes*, cuando la fiebre es algo intensa y el dolor vivo; las *escitantes*, como la *infusion* de *salvia*, siempre que no haya dolor y sí mucha postracion; *dieta* en el primer caso, un poco de *caldo* en el segundo, y sobre todo en los niños; *temperatura suave* en una habitacion bien ventilada, completan este tratamiento, cuyos detalles principales se encuentran en el artículo *Croup*, que tan repetidas veces he citado.

3.° *Tratamiento preservativo.* Basta solo una palabra para describirle: todos los medicamentos y el mejor régimen son infructuosos; la *separacion de los sugetos* constituye el mejor medio.

Creo no ser necesario presentar prescripciones, pues es fácil aplicar á la enfermedad de que hablamos las que se han consignado en la historia del croup.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Tratamiento local.* Cauterizacion por los ácidos ó nitrato de plata; insuflacion de polvos cateréticos; alumbre; cloruro de cal, sosa, etc.; insuflacion de polvos mercuriales; escarificaciones; pyrothonide; inyecciones de agua templada; atemperantes; emolientes; acídulos; colutorios estimulantes; revulsivos; derivativos.

2.° *Tratamiento general.* Emisiones sanguíneas; eméticos; purgantes; preparaciones mercuriales; tónicos; amargos; bebidas emolientes; estimulantes.

ARTICULO VII.

FARINGITIS ULCEROSA.

Casi todos los autores de mas nota han omitido ocuparse esclusivamente de la faringitis ulcerosa. Frank apenas da una idea superficial de ella: así que es preciso buscar en las observaciones y tratados especiales sobre las *Ulceras de la faringe* los hechos aislados que bajo todos aspectos deben interesar al práctico.

Si damos una rápida ojeada á los principales que posee la ciencia, vemos que la *faringitis ulcerosa simple* es, si no enteramente desconocida, al menos en estremo rara. Vénse aparecer las úlceras de la faringe durante el curso de ciertas enfermedades, en especial la *fiebre tifoidea*, si se trata de las agudas, y de la *tisis pulmonal* hablando de las crónicas. Pero existe otra especie de faringitis ulcerosa, que es sin contradiccion la mas comun é importante: me refiero á la *faringitis ulcerosa sifilítica*. Esta última será el principal objeto del presente artículo.

Faringitis ulcerosa acaecida durante el curso de otra enfermedad. En vista de cuanto acabo de esponer, es muy difícil, por no decir imposible, describir las úlceras de la faringe desarrolladas sin el concurso de otra enfermedad y fuera del influjo del virus sifilítico: así que necesitamos tomar cuanto digamos respecto la historia de la faringitis ulcerosa, de las demas enfermedades de que es consecuencia. Harto conozco que no constituye en tales casos mas que una

complicacion, ó por mejor decir una lesi on secundaria; y por consiguiente, segun los principios tan repetidas veces establecidos, deberia limitarme á hablar de ella en el momento que lo hiciera de la afeccion principal: no obstante, suele á veces ser tan grave que reclama por sí sola los cuidados del profesor, y únicamente bajo este aspecto es como merece se digan algunas palabras aparte.

Durante el curso de la fiebre tifoidea es, segun he consignado, cuando con mas frecuencia se observan las úlceras de la faringe, y Louis ha visto que nunca aparecen en los sugetos que han fallecido antes del dia veinte y cinco de enfermedad. Así que, debe considerársela como una lesion secundaria, tardía; una de esas inflamaciones particulares que se asocian á la afeccion principal para aumentar su gravedad.

El observador que acabo de citar solo ha visto esta enfermedad en pocos casos; pero lo notable es que nunca la ha observado durante el curso de cualquiera otra afeccion aguda. De lo que se infiere, al menos segun el estado actual de la ciencia, que las úlceras de la faringe constituyen *uno de los caractéres anatómicos secundarios* de la fiebre tifoidea. Condúcennos tales consideraciones á comprender que la faringitis ulcerosa, sin afeccion concomitante, es sumamente rara, por no decir desconocida; pues si esceptuando la fiebre tifoidea, nunca complica ninguna otra afeccion aguda, en que suelen observarse úlceras de otros órganos, con mucho mayor motivo no se presentará espontáneamente.

Cuando aparece durante el curso de una fiebre tifoidea, puede carecer completamente de *síntomas*. En efecto, tal sucede cuando los sugetos están atacados de delirio ó estupor. En los demas casos consisten en *dificultad de la deglucion*, que puede á veces ser bastante graduada, dolor vivo y *cosquilleo* notado por algunos autores antiguos. Respecto de lo demas, la *insp ccion de la garganta* puede á veces demostrar la naturaleza y estension del mal, con lo que se disipan las dudas acerca de la causa que motivaba tales síntomas.

Ya se observa una úlcera estensa situada sobre una porcion de las paredes de la faringe, ya se ven estas *sembradas de ulceritas*; caso que es el mas frecuente. Puédense presentar *en las grandes úlceras* desprendidos los bordes y otras lesiones mas ó menos profundas del tejido mucoso. *En las pequeñas* aparecen como si la pérdida de sust ncia se hubiese formado con un saca-bocados y á espensas del tejido mucoso.

Pero esto es detenerme demasiado en lesiones secundarias, cualquiera que sea su grado de importancia. Respecto á las

que aparecen durante el curso de la tísis pulmonal, me remito á cuanto espuse al tratar de esta última afeccion.

Faringitis ulcerosa sifilítica. Repito que es la que debe llamar mas particularmente nuestra atencion.

Esta enfermedad, que ha recibido los nombres de *úlcera sifilítica de la faringe* y *úlcera sifilítica de la garganta*, puede ocupar el velo del paladar, sus pilares, las amigdalas y paredes de la faringe, ofreciendo particularidades importantes relativamente á cada uno de estos parajes.

Es evidente que no debo ocuparme de un modo especial en el estudio de sus *causas*, pues desde luego convenimos en que está producida por el *virus sifilítico*; pero sabiendo que las úlceras de tal carácter se dividen en *primitivas* y *secundarias* ¿nos será dado preguntar si dicha faringitis puede ser *primitiva*? Los sifiliógrafos citan muchos ejemplos de esta clase; pero en la mayoría inmensa de casos no constituye mas que un accidente consecutivo.

Inútil será averiguar si existen circunstancias particulares que favorezcan el desarrollo de esta afeccion: las investigaciones de los autores nada nos dicen en este punto. Respecto á la *forma primitiva de la afeccion* que motiva casi siempre la secundaria, pueden consultarse oportunamente en el artículo *Stomatitis ulcerosa*, las consideraciones que presenté y que son perfectamente aplicables á la enfermedad que nos ocupa.

Signos y síntomas. Las úlceras sifilíticas de la faringe ofrecen casi siempre una *forma redondeada*; varían en profundidad; sus *bordes* cortados á bisel son generalmente elevados y su fondo de un *color* amarillo súcio, presentando al rededor de ellos una *rubicundez erisipelatosa* mas ó menos estensa.

Pero en otras circunstancias no tienen esta forma redondeada, sino que son *serpiginosas*, estendiéndose en cualquiera direccion y destruyendo gran parte de la faringe. Háse observado tambien la forma fagedénica, es decir, aquella en que se corroen profundamente los tejidos con mas ó menos rapidez, en términos de perforar las membranas y muchas veces descubrir las partes duras.

Ricord describe dos variedades de esta última forma: designando á la primera con el nombre de *úlcera sifilítica fagedénica, pultácea ó difterítica*, y con el de *fagedénica gangrenosa* á la segunda. Tales espresiones dan demasiado á conocer los caractéres de ambas especies de úlceras, y así mismo se ve que en general la afeccion sifilítica, aun dando

á las afecciones secundarias un carácter específico que importa tener presente, les deja la forma que hemos observado en los casos en que la enfermedad era simple. Esta ley es la que en mas de una ocasion recordaré cuando me ocupe de las lesiones sifilíticas consecutivas, y en especial de las sifílides.

Finalmente, apoyados en la elevacion y dureza de los bordes de la úlcera, han clasificado las sifilíticas en úlceras *sifilíticas de bordes duros, ó hunterianas*, y en *úlcera sifilítica comun*. Sabida es la opinion de Ricord acerca del valor pronóstico de estas úlceras cuando son primitivas (Véase *stomatitis ulcerosa*).

Tales son los caractéres comunes de las úlceras de la faringe, pero existen otras particularidades que se refieren al punto que ocupan de la cavidad de la faringe, de donde se deduce que varían los síntomas segun las especies. Examinémoslas sucesivamente.

1.° *Faringitis ulcerosa sifilítica situada en el velo palatino* (palatitis ulcerosa sifilítica) Encuéntranse á veces sobre el velo del paladar y sus pilares numerosas *úlceras* redondas, de fondo gris, bordes cortados en bisel y rodeados de una areola roja y difusa. Estas soluciones son superficiales y no ocasionan mas que un *leve dolor*; si bien en ciertos casos subsisten por mucho tiempo. Puede llegar á conseguirse su cicatrizacion parcial ó total; pero en ocasiones se reproducen con la mayor facilidad. Cazenave (*Traité de Syphilides*, página 439) refiere un caso en el que empleó infructuosamente por espacio de ocho años los medios mas á propósito, al parecer, para combatir esta afeccion rebelde.

No suceden siempre las cosas de este modo, sino que algunas veces se ve aparecer sobre un punto del velo palatino ó sus pilares un *infarto* de color rubicundo oscuro, acompañado de *ligera dificultad en la deglucion y poco dolor*. Suele persistir este infarto por muchos dias, y despues se ve aparecer en su centro una *mancha* amarilla gris, empezando la úlcera poco despues. Estiéndese esta en todas direcciones é invade los puntos que ocupaban la rubicundez y el infarto, que tambien á su vez continúan progresando. Apodérase de los tejidos profundos, y finalmente ocasiona la *perforacion* del velo palatino y hasta la *denudacion de los huesos* en el punto que se inserta dicho velo membranoso.

En estos casos tiene la úlcera con bastante frecuencia una figura irregular. Asimismo parece muchas veces que desde el principio se halla afecto todo el espesor del velo del pa-

ladar apareciendo entonces como gangrenados los tejidos comprometidos. Obsérvase desde un borde de la perforacion al otro cómo se estienden bridas de tejido amarillento, mortificado, resto de los inflamados específicamente. Aunque ofrezcan irregularidades, siempre están los *bordes* de la perforacion cortados con limpieza; aparecen un poco hinchados, tienen un color gris súcio, y dejan fluir un líquido ordinariamente sanioso. Si como acontece muchas veces ocupa la perforacion un punto inmediato al borde libre del velo palatino, ó progresa aquella con rapidez, se propaga á dicho borde, divídeso completamente el velo, y á veces se destruye la campanilla.

El principal síntoma de las úlceras superficiales consiste, segun he dicho, en dolor y ligera dificultad hácia el itsmo de las fauces Los de las profundas y perforaciones son mucho mas graves; sin embargo, el *dolor* es poco intenso. Solo en algunos casos en que la afeccion marcha con mucha rapidez, ya desde el principio, ya en una época mas ó menos adelantada, se inflaman estraordinariamente los bordes de la úlcera resultando un dolor mucho mas intenso. Hállase medianamente atacada la deglucion, lo cual no puede decirse de la *palabra*, que mas ó menos tomada desde el principio, cuando aún no se ha verificado la perforacion, se hace sumamente difícil y nasal cuando esta se ha realizado. Depende esto de que no pudiendo impedir el velo palatino que durante la locucion pase el aire casi totalmente por las fosas nasales, estas alteran el sonido por su resonancia. Mucho mas manifiesto es este fenómeno, cuando está completamente dividido el velo del paladar y la afeccion ha llegado á denudar los huesos.

Faringitis tonsilar ulcerosa sifilítica (úlcera sifilítica de las amigdalas). Segun los autores que han escrito sobre las afecciones venéreas, las úlceras sifilíticas de las amigdalas son ordinariamente mas profundas y anchas que las del velo palatino. Sus bordes estan completamente cortados á bisel, y presentan una superficie gris redondeada, que algunas veces comprende todo el espesor de la glándula (Cazenave). Tambien en algunas circunstancias se desarrollan sobre las amigdalas úlceras fagedénicas que á veces progresan con mucha rapidez. Entonces desaparecen pronto las amigdalas; se propaga el mal á las demas porciones de la faringe y resultan los mayores desórdenes, tales como la *denudacion de los huesos* y la *necrosis*.

La inmediacion de los gruesos troncos arteriales hace mas peligrosa esta afeccion. Vemos un ejemplo de esto en el

caso citado por Herbert Mayo (*the London med. and. surg. Journ.* diciembre 1837; extr. en los *Arch. gén. de Méd.*, tomo 22; 1830). Produjo una úlcera de esta especie una *hemorragia* que amenazaba ser mortal y que solo pudo cohibirse mediante la ligadura de la carótida. Mayo refiere otro caso de igual clase recogido por el doctor Watson. En ambos fué la arteria lingual la que produjo la hemorragia. Concíbese tambien que la artéria carótida, tan inmediata á la amigdala, pudiera ser comprendida en la ulceracion, resultando una espantosa hemorragia; pero no conozco ningun ejemplo de este accidente. En casos de este género es en los que Ricord ha visto principalmente las dos formas de *úlcera fagedénica*, *difterítica* y *gangrenosa*, sobre las que seria inútil insistir.

Poco numerosos son los *síntomas* propios de las úlceras de las amigdalas. *Dificultad* en la deglucion, que solo llega á un grado considerable en el caso de que por el curso rápido de la enfermedad es muy intensa la inflamacion. Contiene la espectoracion restos de amigdala destruida; una especie de detritus, de sanies, resultado de la supuracion. Encuéntranse con frecuencia sobre las partes laterales del cuello, los ganglios ingurjitados y dolorosos, lo que produce mayor ó menor dificultad para abrir la boca. No creo deber colocar entre los síntomas la *hemorragia* de que acabo de hablar.

Cuando la úlcera de las amigdalas tiene el carácter fagedénico y ha hecho grandes progresos, resulta una debilidad general con enflaquecimiento, decoloracion, fiebre lenta, en una palabra, todos los caractéres de la *caquexia sifilítica*.

Faringitis sifilítica ulcerosa de las partes profundas de la faringe. Encontramos aquí la *tumefaccion*, *rubicundez* al principio oscura, *fondo gris* de la úlcera, elevacion de los *bordes* y la limpieza de la seccion. Aparece notablemente deprimida la superficie de la solucion; algunas veces se cubre de mucosidades espesas, que pueden impedir descubrirla, si no se cuida de limpiar la faringe. Otras veces, así como lo hace notar Cazenave, está situada la úlcera en la parte superior de la faringe, y es necesario un atento exámen para descubrirla detrás del velo palatino. Puede ser esta, como las precedentes, corrosiva, destruir todos los tejidos blandos, denudar los huesos, y de aquí ocasionar su necrosis. Lagneau ha observado casos de esta especie.

Respecto á los *síntomas* propios de esta variedad, son poco numerosos. Si la úlcera está situada muy arriba sobre

la pared posterior de la faringe, resulta, segun advierte Cazenave, una ontalgia, que aparece principalmente de noche, acompañada de tintineo de oidos. Este síntoma es sumamente molesto y alarma mucho á los enfermos. Tambien se observa en el caso de amigdalitis ulcerosa, pero con menos frecuencia que en la de que tratamos.

Si ocupa, por el contrario, la úlcera la parte inferior de la faringe, *aparece la deglucion mas dificil* que en los demas casos, pudiéndose comprobar la *integridad de la voz* y la falta de toda lesion en la parte superior de la cavidad. A pesar de todo es preciso para que tal suceda que la úlcera no se estienda hácia la faringe, lo que tiene mucha propension á suceder.

Si queremos ahora investigar cuáles sean los *síntomas comunes á* estas variedades de una misma afeccion, los encontramos en la dificultad generalmente mediana de la deglucion, alteraciones de la voz, fetidez mayor ó menor del aliento y en la inquietud que inspiran al enfermo.

Hasta aquí he estudiado separadamente estas tres variedades para facilitar su descripcion; pero preciso es añadir que con frecuencia sucede que estas úlceras invaden á la vez muchos puntos de la faringe. Basta indicar este hecho para que se comprenda lo que acontece en los casos complicados.

Una vez desarrollada la enfermedad, sobre todo cuando es consecutiva, nunca tiende á curarse. Cuando á beneficio de un tratamiento apropiado llegamos á hacernos dueños de ella, se observa la detersion de las úlceras, deprimirse sus bordes y aproximarse al centro. Desaparecen la dificultad de la respiracion y el poco dolor que existia, y si la úlcera era superficial no queda huella del mal. Al contrario, si la úlcera penetra profundamente, deja una cicatriz blanca irregular y muy manifiesta. Rayer, en su *Atlas des Maladies de la Peau*, ha colocado muchas que ocupaban gran estension del velo del paladar y de su bóveda.

Curso, duracion y terminacion. Interesa mucho considerar el curso de la faringitis sifilítica ulcerosa; y puede decirse que casi siempre es lento. La persistencia de los síntomas, aun cuando no se haya verificado todavía la ulceracion, no está en relacion con la poca gravedad aparente de la enfermedad. Por espacio de quince dias, tres semanas ó mas tiempo todavía, no puede observarse en la garganta mas que una rubicundez oscura con un ligero infarto; despues empieza la úlcera, y desaparecen desde este momento todas las dudas acerca de la natu-

raleza de la afeccion. Permanecen á veces por mucho tiempo estacionarias las úlceras, lo que no les impide despues, á veces repentinamente ó en época variable, progresar con rapidez. No es fácil á priori juzgar en los primeros momentos si la afeccion tendrá un curso lento ó rápido. Sin embargo, si despues de pocos dias de duracion se manifiesta la úlcera, debe temerse que marche con mucha rapidez y tome los caractéres de úlcera fagedénica.

De aquí resulta que la duracion de la enfermedad, aunque en general larga, es muy variable. En el caso en que, por el aniquilamiento y la caquexia sifilítica, marchan los enfermos al sepulcro, pueden no obstante estar luchando con la afeccion por espacio de mucho tiempo.

Acabo de decir que la faringitis ulcerosa sifilítica termina algunas veces por la muerte; pero felizmente esta terminacion es rara. Ya es ocasionada por una úlcera fagedénica aguda que ha destruido rápidamente los tegidos en una estension considerable; ya sobreviene lentamente, y entonces contribuye á que se verifiquen otros síntomas sifilíticos, como las úlceras en otras partes del cuerpo, los exostoses y las necroses.

Lesiones anatómicas. Debo esponer en pocas palabras las lesiones anatómicas, pues ya las he indicado al describir los síntomas. Perforaciones del velo palatino; destruccion de las partes blandas; contorno de la mucosa y tejido sub-mucoso rojo, infiltrado, indurado ó reblandecido; detritus sanioso ó gangrenoso que ocupa el fondo de las úlceras; huesos denudados y necrosados; líquido purulento, de mal carácter que las baña; tales son las alteraciones halladas en la abertura de los cadáveres en los casos escepcionales, que por la violencia de los desórdenes han determinado la muerte, ó bien en sugetos que han fallecido de otra afeccion.

Diagnóstico y pronóstico. El *diagnóstico* de la faringitis sifilítica ulcerosa ofrece particularidades importantes. Trátase en efecto, no solo de averiguar si existe una faringitis, sino tambien de qué naturaleza. Veamos pues con qué otras enfermedades de la faringe se puede confundir; siendo preciso á este fin estudiarla antes y despues de haberse formado la úlcera.

Antes de ulcerarse es muy difícil establecer el diagnóstico: sin embargo, puede llegarse á conseguirlo apreciando las principales circunstancias. 1.º Hemos observado que se diferencia la faringitis sifilítica de la *simple aguda* por el curso, pues la primera casi siempre es crónica; y si por el

contrario progresase con rapidez, no tarda en verificarse la ulceracion, carácter que por sí solo hace desterrar inmediatamente la idea de una faringitis simple.

No sucede otro tanto cuando se trata de diferenciarla de la *faringitis simple crónica*. En efecto, los síntomas casi son idénticos; sin embargo, si la rubicundez, tumefaccion y dificultad que esperimenta el paciente se refieren á un *punto limitado de la faringe*; si cada dia progresa la afeccion aunque con lentitud; si tiene la parte inflamada la rubicundez brillante y aquella secura particular indicada por Cazenave; y finalmente, si los antecedentes del sugeto ilustran acerca de la existencia de una infeccion general, debemos admitir de preferencia la faringitis ulcerosa sifilítica. Mucho mas observándose en el mismo individuo otros síntomas de sífilis constitucional, tales como úlceras, una erupcion de sifílides, etc.; quedando entonces completamente disipadas todas las dudas acerca de la naturaleza de la afeccion.

Ha sido objeto predilecto de la atencion de los autores el diagnóstico de la faringitis sifilítica ulcerosa y cualquiera otra clase de úlceras desarrolladas en la cavidad de aquel conducto. Lagneau (*loc. cit.*, pág. 290 y 291) ha formado un cuadro de los signos diferenciales de todas estas afecciones; pero ha comprendido en él simultáneamente las úlceras de la boca y faringe. Por lo que á mí toca, separaré las úlceras escorbúticas que casi son esclusivas de la boca y que se presentan en circunstancias tan escepcionales, que no debe temerse un error de diagnóstico; observando igual conducta respecto á las mercuriales producidas por la salivacion del mismo nombre, y cuyo asiento principal es la boca, como asimismo varias clases de aftas cuyas relaciones con la enfermedad en cuestion son muy remotas. No conservo pues mas que la *úlcera simple* y la *cancerosa*.

Las úlceras simples son muy raras, segun he consignado mas arriba; y provienen de la abertura de abscesos pequeños, cuyo asiento era las amigdalas; circunstancia que rechaza la idea de una úlcera sifilítica. Su superficie, segun Lagneau, de un color rojo vivo, su contorno que conserva el natural, la circunstancia de presentarse pocas, y el intenso dolor que ocasionan, contrastan notablemente con las circunstancias opuestas que se observan en las venéreas.

Respecto á la *úlcera cancerosa*, que se ha confundido alguna vez con una faringitis sifilítica ulcerosa, indicaré su diagnóstico en uno de los artículos inmediatos, despues de haber dicho cuatro palabras sobre el *cáncer de la faringe*.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Caractéres diferenciales de la faringitis sifilítica ulcerosa antes de presentarse la úlcera, y de la faringitis simple aguda.*

FARINGITIS SIFILÍTICA NO ULCERADA TODAVIA.	FARINGITIS SIMPLE AGUDA.
Ordinariamente *curso crónico.*	*Curso agudo.*
En el caso en que este sea agudo, desarrollo repentino de las úlceras.	Nunca se observa en estas.

2.º *Caractéres diferenciales de la faringitis sifilítica antes de ulcerarse, y de la simple crónica.*

FARINGITIS SIFILÍTICA NO ULCERADA.	FARINGITIS SIMPLE CRÓNICA.
Rubicundez, hinchazon y dificultad, *limitadas á un punto circunscrito* de la faringe.	Rubicundez, hinchazon y dificultad, *estendidas á la mayor parte* de dicho conducto.
Progresa visiblemente todos los dias, aunque de un modo lento.	Enfermedad casi estacionaria.
Aspecto *brillante* y *secura* notable en la mucosa.	Mucosa *cubierta de mucosidades,* á veces puriémulas.
Conmemorativos; *afeccion sifilítica*; úlceras, bubones, cicatrices, etc.	*No existen vestigios de infeccion sifilítica* anterior, ni tampoco úlceras, bubones, etc., (caractéres dudosos).
Síntomas concomitantes; úlceras, necroses, sifílides, etc.	*Tampoco se observa ningun síntoma sifilítico concomitante.*

3.º *Caractéres diferenciales de la faringitis ulcerosa sifilítica, y de la ulcerosa simple.*

FARINGITIS ULCEROSA SIFILÍTICA.	FARINGITIS ULCEROSA SIMPLE.
Frecuente.	*Muy rara.*
Se desarrolla *espontáneamente.*	*Depende de la abertura de los abscesos.*
Fondo *gris.*	Fondo rojo subido.
Circunferencia de *un color rojo oscuro*, mas ó menos estendido.	En esta de *color natural.*
Numerosas úlceras algunas veces.	Ordinariamente *una sola.*
Dificultad mas bien que dolor.	*Dolor* vivo.

Pronóstico. El pronóstico de la faringitis ulcerosa sifilítica depende de varias circunstancias que no pueden menos de complicarle. No constituyendo en muchos casos la afeccion de la garganta mas que una parte del mal, es evidente que no puede emitirse el juicio pronóstico si no teniendo en consideracion las demas lesiones desarrolladas en diferentes puntos de la economía.

Sin embargo, del estado de la garganta se pueden deducir algunas consecuencias útiles para el pronóstico. Si aparecen pronto las úlceras, hacen progresos considerables en poco tiempo, sus bordes están muy inflamados, y el fondo tiene un aspecto sanioso; el pronóstico es grave, pues se trata de una úlcera corrosiva que puede ocasionar los mayores trastornos.

En vista del caso referido por Cazenave, vemos que aun cuando sean las úlceras pequeñas y muy superficiales, no podemos aventurar que cederá fácilmente la enfermedad mediante un tratamiento apropiado; y tan solo nos es permitido decir que probablemente la afeccion no progresará de un modo alarmante.

Finalmente, en las úlceras de curso crónico es preciso buscar en el estado general los elementos principales del pronóstico, que no deja de tener gravedad cuando se observan los síntomas de la caquexia sifilítica.

Tratamiento. Si intentase entrar en todos los detalles que encierra el tratamiento de la faringitis ulcerosa sifilítica, necesitaria citar cuantos medios se han empleado contra la sífilis constitucional; pero me ocuparé en otro lugar de ellos: así, lo que importa es indicar aquí los que se aplican especialmente á la curacion de las úlceras sifilíticas de la garganta. Por lo tanto empezaré por el tratamiento local.

Tratamiento local. Preciso es examinar primeramente si las úlceras están muy dolorosas é inflamadas, ó solo ofrecen la subinflamacion y ligero dolor que suele acompañarlas en el mayor número de casos; pues el tratamiento local varía mucho en ambas circunstancias.

Tratamiento local de las úlceras muy inflamadas. Empléanse generalmente en estos casos los gargarismos atemperantes, compuestos de *leche templada*, *cocimiento de cebada dulcificado con miel*, el de *simiente de lino*, raiz de *malvabisco*; y en una palabra, todos los emolientes. Cuando el dolor es muy intenso se les añaden 15 ó 20 gotas de *tintura de opio*. En estos casos precisamente es cuando se han conocido las ventajas de las lociones repetidas con *agua templada*; pudiéndose

tambien emplear el siguiente colutorio aconsejado por Rust (*Helkol. Wien*, tomo 2.°; 1811):

R.	Calomelanos.	1 dracma.
	Opio.	1 escrúpulo.
	Agua de cal.	4 onzas.

Mézclese. Para tocar con un pincel las úlceras de la garganta.

Al mismo tiempo se aplican al esterior preparaciones emolientes, como fomentos al rededor del cuello con el cocimiento de malvabisco, cataplasmas, etc.

Cuando se ha conseguido, á beneficio de estos medios, reducir la inflamacion á un estado regular, se usan los remedios que mas adelante indicaré, y cuyo objeto es combatir el carácter específico de la dolencia.

Hay sin embargo una circunstancia, en la que se debe obrar de distinto modo, y es cuando existe una úlcera *corrosiva*, *fagedénica*, cuyos progresos importa contener por remedios enérgicos. Preciso es en tales casos apresurarse á aplicar sobre la úlcera medicamentos activos que modifiquen la inflamacion, usando al mismo tiempo al interior un tratamiento antisifilítico enérgico: en una palabra, obrar del mismo modo que vamos á indicar relativamente á las úlceras poco inflamadas, y cuyos progresos son lentos.

Tratamiento de las úlceras poco inflamadas. El tratamiento local en esta segunda clase de úlceras debe ser escitante, caterético y antiflogístico. Empléanse con este objeto diversos *gargarismos*, cuyo número han aumentado considerablemente los médicos. Así que, debo limitarme á indicar algunos, sintiendo que investigaciones mas exactas no hayan demostrado el valor relativo de estos diversos agentes. Reportaria mas utilidad á la ciencia el que, en vez de presentar cada dia algun medicamento nuevo, se sometiesen á un exámen atento los ya propuestos y preconizados.

Colutorios estimulantes. Cullerier recurria indiferentemente á las diversas preparaciones que inserto á continuacion, y que mandaba aplicar con un pincel sobre la superficie inflamada.

1.° *Disolucion del sulfato de zinc.*

R.	Agua pura..	1 onza.
	Sulfato de zinc.	1 ó 2 granos.

Disuélvase. Para tocar las úlceras tres ó cuatro veces al dia.

2.° *Disolucion del sulfato de cobre.*

R. Agua. . . . . 1 onza.
Sulfato de cobre. . . . . 1|4 á 1 grano.
Disuélvase. Para usarlo como la disolucion precedente.

3.° *Disolucion de agua de creosota.*

R. Agua. . . . . 1 onza.
Creosota. . . . . 1 gota.
Mézclese. Para tocar las úlceras con esta disolucion dos ó tres veces al dia.

Conviene despues de usar estos gargarismos, y sobre todo el último, mandar se enjuague el enfermo con un cocimiento emoliente.

Iodo. Se puede usar del mismo modo la *disolucion iodurada*, que además posee la accion específica que le comunica el iodo. Para esto se emplea la fórmula siguiente:

R. Iodo muy puro. . . . . 1 dracma.
Ioduro de potasio. . . . . 2 idem.
Agua destilada. . . . . 2 onzas.
Mézclese. Para tocar dos ó tres veces al dia las partes afectas con un pincel de hilas empapado en dicha disolucion.

Fácilmente se concibe que pudiera multiplicar estas fórmulas, indicando los diversos escitantes que se emplean para animar la superficie ulcerada.

Colutorios mercuriales. Cullerier dice, que basta frecuentemente este tratamiento para conseguir la cicatrizacion de las úlceras primitivas de la garganta, pero á veces se resiste la afeccion; entonces, lo mismo que en el caso de úlceras consecutivas, es preciso recurrir á remedios específicos. Con este objeto se usan los *colutorios mercuriales*, tales como los siguientes, de los que el primero fué propuesto por dicho autor:

R. Agua destilada. . . . . 1 onza.
Deuto-cloruro de mercurio. . . . 1|8 grano.
Láudano. . . . . 6 á 10 gotas.
Mézclese. Para tocar la úlcera mañana y tarde.

Rust recomienda el colutorio siguiente:

R. Deuto-cloruro de mercurio. . . . 6 á 12 granos.
Estracto de cicuta. . . . . } áá. 2 dracmas.
— de manzanilla. . . . . }
Tintura de opio. . . . . 1 idem.
Miel rosada. . . . . 1 onza.
Mézclese. Para tocar con un pincel dos ó tres veces al dia las úlceras.

Insuflacion de los polvos mercuriales. Nada de particular ofrece esta en la afeccion de que tratamos, bastándome remitir al lector al artículo *Coriza crónico* (tomo 1.º, pág. 95 de esta obra), donde encontrará todo lo concerniente á las insuflaciones, tales como han sido descritas por Trousseau. Del mismo modo se practica la de polvos cateréticos, tales como el *alumbre*, *sulfato de zinc*, etc.

Este método, seguido con el objeto de aplicar la preparacion medicinal sobre la superficie ulcerada, es preferible á los gargarismos que hacen ejecutar á los enfermos movimientos dolorosos, en los que solo puede entrar una corta porcion del remedio.

Cáusticos. Algunas veces, y sobre todo cuando se quieren contener rápidamente los progresos de una úlcera alarmante, se emplean cáusticos bastante activos. Cullerier (*loc. cit.*) aconseja la cauterizacion con el *nitrato de plata*; pero creo sea mas ventajoso ejecutarla con una *disolucion concentrada de esta sal*, que se pondrá en contacto con la superficie ulcerada, mediante una esponjita fija á una varilla de ballena. Igualmente se han usado los ácidos *hidroclórico*, *nítrico*, *sulfúrico* y *nitrato ácido de mercurio*, unidos á la miel por partes iguales. He tenido ocasion tantas veces de indicar el modo de ejecutar esta cauterizacion, que creo inútil insistir mas en este lugar sobre tal materia.

Me parece oportuno indicar, despues de los remedios espuestos, un tópico aconsejado por Brera, compuesto de muchas sustancias, siéndome absolutamente imposible asegurar si es mas ventajoso que los colutorios citados hasta ahora. Aconseja Brera, en el caso de úlceras inveteradas, tocarlas con frecuencia con la composicion siguiente:

℞.	Raiz de aristoloquia redonda. .	áá. 1|2 onza.
	—— larga. . . .	
	Lirio de Florencia.	
	Polvos de goma opoponax. . . .	áá. 2 dracmas.
	—— sagapeno. . . .	
	Corteza de guayaco.	4 escrúpulos.
	Clavo de especia.	2 dracmas.
	Alcanfor.	3 idem.
	Alcohol.	9 onzas.

Mézclese é infúndase por espacio de veinte y cuatro horas, conservándolo en vaso tapado.

A su cualidad escitante debe sin duda este colutorio su accion sobre las úlceras venéreas.

Colutorios desinfectantes. Hemos dicho en el artículo *Coriza ulceroso* (véase tomo 1.º), que se habia empleado con bastante resultado la disolucion de diversos cloruros; lo que tambien se ha aplicado á las úlceras de la garganta. Hé aquí el que se usa en el hospital de París contra las úlceras de las encías, y que puede aconsejarse en la faringitis ulcerosa.

Disolucion clorurada.

R. Goma tragacanto en polvo.	12 granos.
Disuélvase en:	
Agua comun.	4 onzas.
Y añádase:	
Jarabe simple.	áá. 1/2 idem.
Cloruro líquido.	

Mézclese exactamente; se pone esta mezcla en contacto con la superficie ulcerada, á beneficio de un pincel.

Cinabrio. Háse recurrido finalmente en los casos muy rebeldes á las *fumigaciones del cinabrio.* Respecto al modo de practicarlas me refiero al artículo *Coriza ulceroso* (tomo 1.º), en el que he manifestado el método de Werneck, limitándome á indicar en este lugar un proceder sumamente fácil propuesto por Dalmas, para conducir á la garganta los *vapores de dicha sustancia.*

Fumigaciones cinabriadas, á beneficio del tabaco mercurial.

Envuélvanse en cinabrio porfirizado hojas de salvia impregnadas de una disolucion fuerte de goma; y cuando hayan cogido suficiente cantidad de sulfuro de mercurio, se las pone á secar al aire libre; despues se manda al enfermo que fume cada dia dos pipas de este tabaco, y se aumenta una pipa cada tres ó cuatro dias hasta que llegue á fumarse cerca de media dracma de cinabrio en el dia. Cuidará el enfermo de enjuagarse despues de cada pipa con un cocimiento de cebada endulzado con miel.

Venot, que puso en práctica este medio en un caso en que se habian empleado inútilmente el *jarabe de Larrey*, las *fricciones mercuriales* y diferentes gargarismos y colirios, observó al cabo de ocho dias una notable mejoría en las úlceras profundas situadas sobre las amigdalas, viéndolas desaparecer completamente en el espacio de un mes. Debe recomendarse á los prácticos este proceder, deseando que se comprueben nuevamente sus efectos.

No me estenderé mas sobre el tratamiento local, pues bastan ya las indicaciones precedentes, y solo añadiré cuatro

palabras sobre el general; que pocas son, por cierto, las particularidades que presenta en el caso que nos ocupa.

Tratamiento general. Es raro que podamos prescindir del uso de un tratamiento general, destinado á combatir los síntomas de sífilis constitucional. Antes es preciso casi siempre apresurarnos á emplearlo, á fin de no dejar arraigar demasiado la enfermedad, antes que haya podido el medicamento modificar la constitucion. Aquí es precisamente donde figuran infinidad de remedios; limitándome por mi parte á indicar algunos; porque no siendo esclusivos de la enfermedad en cuestion, deberán conocerse al hablar de la sífilis constitucional, donde se incluirán con los detalles necesarios.

Sudoríficos. Hánse propinado generalmente en estos casos los sudoríficos: y nadie desconoce que la *zarzaparrilla* y *guayaco* constituyen generalmente la base de esta medicacion. Merece la preferencia entre ellos la *zarzaparrilla*; y forma parte de los cocimientos d' Abernethy, Pollini, Zittmann, etc. Sam. Cooper ha consignado, bajo el título de *cocimiento compuesto de zarzaparrilla*, la fórmula siguiente, que con facilidad puede emplearse.

℞. Cocimiento simple de zarzaparrilla. . . .		4 libras.
Raiz de sasafrás.	áá.	1 onza.
Leño de guayaco.		
Raiz de regaliz.		
Corteza de la raiz del dafne mecereum. .		3 dracmas.

Cuézase todo junto por espacio de un cuarto de hora, y cuélese: Para tomar 4 á 8 onzas diarias.

Manghan (*Diss. de vir. Rad. Salsaparil. anti-syphil.*, 1803) tenia mucha confianza en la zarzaparrilla, administrándola *en polvo á la dósis de una dracma tres veces al dia.* Segun el autor citado, no cede esta sustancia al mismo mercurio; pero, como puede muy bien conocerse, no aduce suficientes pruebas en favor de la verdad de esta asercion.

Mercuriales. Lo mas comun es tener que recurrir á una preparacion mercurial; pudiendo prescribirse el *licor de Van-Swieten*, ó bien la *fórmula d' Hundertmark* (véase tomo 1.°, pág. 131). Rayer prefiere las *píldoras de Sedillot*, cuya fórmula ha modificado algun tanto (véase tomo 1.°).

Biett prefiere el uso del protoioduro de mercurio á la dósis de 1/4 á 1 grano al dia, bajo la forma de píldoras. El *jarabe de Larrey*, las *píldoras de Dupuytren* y de *Cullerier*; en una palabra, las diferentes preparaciones mercuriales, á que cada autor ha concedido una preferencia infundada, se han em-

pleado con el mayor éxito. De aquí resulta, que la principal indicacion consiste en introducir el mercurio en la economía bajo cualquiera forma. Sin embargo, se concibe fácilmente lo importante que seria poseer investigaciones exactas que nos indicasen la sustancia con que se conseguiria la curacion de tan graves accidentes sifilíticos con mayor prontitud y seguridad.

Fricciones mercuriales. No ha faltado quien les dé la preferencia, y todos conocen la opinion de Cirillo (véase tom. 1.º) en esta materia. Conténtome con mencionar en este lugar dicho tratamiento, que debe ocupar otro mas estenso.

Ioduro de potasio. Bástame solo recordar los esperimentos que en estos últimos años se han hecho acerca del uso del *ioduro de potasio.* En el artículo *Stomatitis ulcerosa* (tom. 4, pág. 226) indiqué los efectos de esta sustancia y el modo de aplicarla; así que, nada particular consignaré en este lugar.

Diversos remedios. Hay finalmente casos en que todos estos medios son infructuosos; y entonces deben emplearse, como quien dice, á la desesperada, las *tisanas de Feltz, Arnoud*, los *cocimientos de Zittmann, Pollini*, y hasta los arsenicales que en tales circunstancias han sido provechosos, usados por Cazenave.

Me limitaré á insertar aquí el cocimiento de Pollini tal como lo describe Bouchardat: en razon á que el de Zittmann y la tisana de Felz se han mencionado en el primer tomo.

Cocimiento de Pollini.

R.	Zarzaparrilla cortada en pedacitos. . .	áá. 2 onzas.
	China.	
	Piedra pomez pulverizada.	
	Sulfuro de antimonio.	4 id.
	Cocimiento de nuez seca.	10 id.

Póngase el sulfuro de antimonio en una muñeca de lienzo y cuézase lentamente en

Agua. . . . . 18 libras.

hasta que quede reducido á 11 libras, cuélese, déjese en reposo y decántese. Para tomar un cortadillo cada hora.

Relativamente á las *preparaciones arsenicales* cuyo uso exige mucha prudencia, hé aquí, segun Sam. Cooper, la que se ha usado en el hospital de San Bartolomé de Lóndres:

R.	Arseniato de potasa.	10 granos.
	Agua de menta.	4 onzas.
	Alchol debilitado.	1 onza.

Mézclese y cuélese para tomar á la dósis de 2 dracmas tres veces al dia.

Prudente será empezar por la mitad de esta dósis, elevándola sucesivamente hasta la que se ha prescrito por Sam. Cooper.

Precauciones generales que deben tomarse en el tratamiento de la faringitis ulcerosa.

Guardar el mayor silencio, evitar los grandes esfuerzos de la voz.

Evitar la accion del frio y la humedad que pueden dar á las úlceras un carácter muy inflamatorio.

Régimen ténue compuesto principalmente de leches.

Abstenerse cuidadosamente de las bebidas fermentadas y alimentos cargados de especias.

Resúmen y prescripciones. Háse visto que en el tratamiento precedente hay pocos medios que sean esclusivos de la faringitis sifilítica; y solo era importante indicar el modo cómo debian aplicarse á la especialidad que nos ocupa, estos mismos que tambien se usan en las demas úlceras sifilíticas. Lo que únicamente resulta de los detalles precedentes, es que se necesita, en el mayor número de casos, combinar el tratamiento general y local para anticipar la cicatrizacion de úlceras, que por el punto que ocupan, pueden tener graves inconvenientes.

Primera prescripcion.

En un caso de úlcera primitiva notablemente inflamada.

1.° Para tisana, cocimiento ligero de malvabisco mezclado á partes iguales con una infusion de adormideras y dulcificado con jarabe de goma.

2.° Enjuagarse cuatro ó cinco veces al dia con una mezcla de agua de cebada y leche, y suficiente cantidad de miel.

3.° Tocar la úlcera dos ó tres veces al dia con el colutorio de Rust (véase pág. 99).

4.° Aplicar alrededor del cuello cataplasmas y fomentos emolientes.

5.° Pediluvios sinapizados.

6.° Régimen severo y evitar el frio y la fatiga.

Segunda prescripcion.

En un caso de úlcera primitiva poco inflamada.

1.° Para tisana, infusion de saponaria dulcificada.
2.° Tocar tres ó cuatro veces al dia las úlceras con la disolucion del sulfato de zinc ó de cobre (véase pág. 99 y 100) ó con la del iodo (véase pág. 100).
3.° Usar los demas remedios anteriores.

Hemos visto que Cullerier se limitaba á esta sola medicacion, y obtenia por ella frecuentes curaciones en los casos de úlceras simples primitivas.

Tercera prescripcion.

En un caso de úlcera primitiva refractaria á los medios precedentes, ó en uno de úlcera secundaria de mediana intensidad.

1.° Para tisana, cocimiento de zarzaparrilla.
2.° Insuflacion de polvos mercuriales (véase la pág. 84), de polvos de alumbre, sulfato de zinc, etc. (véase la pág. 84).
3.° Al interior.

R.	Agua destilada.	4 onzas.
	Deutocloruro de mercurio. . . .	5 granos.
	Sal amoniaco.	10 id.
	Goma arábiga pulverizada. . . .	4 escrúpulos.
	Jarabe de malvabisco.	1 onza.

Disuélvase el sublimado en un mortero de vidrio, mediante un poco de agua y la sal amoniaco. Añádase poco á poco la goma arábiga, el agua y jarabe, para tomar una cucharada por la mañana en una taza de leche.

O bien las píldoras de Dupuytren, cuya composicion es la siguiente:

R.	Extracto de guayaco.	1 dracma.
	Deutocloruro de mercurio.	5 granos.
	Extracto gomoso de opio.	6 id.

Mézclense y háganse veinte y cinco píldoras.

Se empezará por una mañana y tarde, aumentándolas gradualmente hasta que llegue á tomar cuatro ó cinco diarias. Preciso será llegar con mucha lentitud á esta última dósis, es decir, no aumentar la primitiva hasta que haya pasado cierto número de dias y siempre con mucha prudencia.

Puede tambien suplirse por alguna de las preparaciones mercuriales precedentemente indicadas (véase pág. 103).

4.° Fricciones mercuriales en los muslos y brazos.
5.° Régimen *ut supra*.

Cuarta prescripcion.

En el caso en que las úlceras progresan con rapidez.

1.° Cocimiento de zarzaparrilla compuesto (véase pág. 103).
2.° Una de las preparaciones mercuriales precedentes ó mejor el ioduro de potasio (véase *stomatitis ulcerosa*, tomo IV pág. 227).
Si no bastan estos medios se usarán los cocimientos de Pollini, Zittmann ó las preparaciones arsenicales (véase pág. 104).
3.° Tocar las úlceras con el nitrato de plata ó bien con uno de los cáusticos indicados mas arriba (véase pág. 101).
4.° Régimen muy severo.

Finalmente, en el caso de úlceras fagedénicas, en las que es inútil dar una prescripcion particular, claro es que el médico obrará con la mayor energía empleando las *preparaciones mercuriales* ya esterior, ya interiormente; tocar las úlceras con los *cáusticos* mas poderosos; emplear los *desinfectantes*; en una palabra, echar mano de todo lo que pueda contener los progresos de tan terrible enfermedad.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Tratamiento local.* Tópicos atemperantes, emolientes, narcóticos; gargarismos escitantes; sulfato de zinc; sulfato de cobre; agua de creosota; disolucion iodurada; colutorios del deutocloruro de mercurio; polvos mercuriales; alumbre; sulfato de zinc; cáusticos; cloruros; fumigaciones con el cinabrio; tabaco mercurial.
2.° *Tratamiento general.* Sudoríficos; mercuriales; fricciones mercuriales; ioduro de potasio; tisanas de Feltz, de Arnoud; cocimientos de Zittmann, Pollini; arsenicales.

ARTICULO VIII.

FARINGITIS GANGRENOSA.

Despues de lo espuesto acerca de las diversas anginas, resulta necesariamente mas fácil la cuestion de la faringitis gangrenosa. No podrán ya suscitarse dudas, ni nos ocuparemos de los violentos males de garganta que sobrevienen durante el curso de los exantemas, y que por su aspecto habian

sorprendido á nuestros antepasados. Así que, nosotros consideramos de aquí en adelante á la angina gangrenosa como resultado del desarrollo de escaras que ocupan mayor ó menor espesor de los tejidos.

Entre los autores que han ventilado esta cuestion, Rilliet y Barthez (*Tr. clin. et prat. des Maladies des Enfans*, tomo 2.º, pág. 169) son sin disputa los que mejor la han planteado y estudiado: debiendo por consiguiente tomar de ellos los principales detalles de esta descripcion.

Bretonneau y Guersant admiten la existencia de una verdadera gangrena de la faringe, pero en casos sumamente escepcionales. Las investigaciones modernas, entre las que merecen citarse principalmente las de Constant, Guibert, Boudet, Rilliet y Barthez, han demostrado que esta afeccion no es tan infrecuente como ha podido creerse en vista de los hechos observados.

Espondré rápidamente la historia de esta faringitis, de la que solo examinaremos algunas particularidades.

Aunque *algo mas comun* de lo que se ha supuesto, es sin embargo la faringitis gangrenosa una afeccion *mucho mas rara* que las demas inflamaciones de la faringe; y la prueba de esta asercion es que á pesar de las investigaciones de Rilliet y Barthez no han podido reunir mas que una veintena de esta especie.

Causas. El primer hecho que se presenta, consiste en que la gangrena de la faringe siempre aparece durante el curso de otras afecciones. Segun las observaciones de Rilliet y Barthez, principalmente son el *sarampion*, la *escarlata* sola ó unida á las *viruelas*, la *neumonia*, *peritonitis*, fiebre tifoidea, etc.; en una palabra, siempre acompaña, en sentir de dichos autores, á aquellas afecciones que debilitan profundamente el organismo.

Boudet ha insistido particularmente en la causa general que presida el desarrollo de esta afeccion; notando que la gangrena aparece simultáneamente en muchos órganos, que la sangre está flúida y se asemeja á la de los escorbúticos, ha creido en una *alteracion primitiva de dicho líquido* atribuyendo á ella la gangrena, que en los niños aparece espontáneamente ya en la faringe, ya en otro punto; cuya opinion es un objeto digno de las investigaciones de los prácticos.

Respecto á la *edad*, Rilliet y Barthez han observado ser mas frecuentes en los menores de seis años, que de aquí adelante; pero aunque segun el análisis pudiera satisfacer este resultado, siempre seria preciso fundarle en mayor número

de hechos. Tambien se observa dicha afeccion en los adultos; viéndola presentarse durante el curso de otras afecciones.

Por lo que al *sexo* toca, Rilliet y Barthez no han visto que ejerza ninguna influencia sensible en la aparicion de la enfermedad. El reducido número de observaciones nos impide dejar nada consignado relativamente á las estaciones.

Debe mirarse como dudosa en el estado actual de la ciencia la aparicion de la gangrena bajo la forma epidémica; porque, repito, no podemos considerar en este sentido las afecciones de garganta, llamadas gangrenosas, que se presentan durante el curso de la escarlatina y de que hemos hablado anteriormente.

No se han citado *causas ocasionales* propias de esta afeccion, á no ser una violenta inflamacion que termine por gangrena. Guersant (*Dict. de Méd.*, tomo 3.º, pág. 134) refiere un caso en que observó la gangrena de las amigdalas, y con este motivo añade: «Tambien se encuentran en las colecciones periódicas algunos casos aislados de angina inflamatoria terminada por gangrena. He visto algunas veces porciones del velo palatino y de la campanilla gangrenarse á consecuencia de anginas que siempre iban acompañadas de afecciones graves de los órganos respiratorios ó gastro-intestinales, que se presentan bajo la forma tifoidea. En estos casos parece que la gangrena de las fosas guturales siempre resulta del estado general y coincide con la de otros puntos.»

He citado mas arriba (*Faringitis gutural*, véase pág. 16) un caso en el que se observó la terminacion por gangrena, y con la notable circunstancia que la inflamacion solo aparentaba una intensidad mediana, estando casi siempre limitada al velo del paladar, y sin ir acompañada de síntomas generales de gravedad.

Síntomas. Preciso es, respecto de los síntomas, dividir la faringitis gangrenosa de la misma manera que Rilliet y Barthez, en *circunscrita* y *difusa*. Estiéndese la última á la parte superior de dicho conducto, amigdalas y hasta el velo palatino, razon porque es accesible á la vista. En tales casos se observan las amigdalas ya solas, ya en union de los tejidos inmediatos, de un color al principio lívido, despues grises, negruzcas y en ocasiones completamente negras. A medida que progresa la enfermedad, parece desprenderse la escara por sus bordes, que son mas ó menos prominentes; mas adelante se dislaceran los tejidos blandos, amenazando desprenderse, ó bien resultan completamente destruidos: lesiones que afectan una forma irregular.

Cuando la gangrena sobreviene á consecuencia de una inflamacion intensa, se observa en los puntos ocupados por la hinchazon y rubicundez, la aparicion de una mancha amarillenta que profundiza mas ó menos é indica la formacion de la escara. Esta, cuando llega á curarse la enfermedad, se elimina al cabo de varios dias y deja una úlcera con pérdida de sustancia, y de color rosado, que no tarda en cicatrizarse.

Consisten los síntomas consecutivos en *fetidez del aliento*, tanto mas considerable cuanto mas profunda y estensa ha sido la alteracion. Sin embargo, Rilliet y Barthez citan un caso en el que faltó absolutamente este síntoma; si bien es verdad que las escaras eran bastante pequeñas. En el que he referido mas arriba, despedia el aliento un olor muy semejante al de las heces ventrales, no pudiendo atribuirlo á otra causa que á la presencia de las escaras.

Los autores que acabo de citar no han apreciado en ninguna de sus observaciones la existencia del *dolor*; sin embargo, advierten que la poca edad y debilidad de los niños impedian entregarse á una esploracion minuciosa. Citan dos ejemplos de esta clase referidos por Guibert y Constant; en uno de los que se observaba al principio el dolor y en otro se percibia la sensacion de un cuerpo estraño, fenómeno que podia apreciarse por los esfuerzos del niño para introducir sus dedos en las fauces.

Casi nunca hay *disfagia*; no obstante, el caso referido por Guibert fué notable por la dificultad de tragar. Tampoco se ha visto la *vuelta de las bebidas por la nariz, ni dificultad en la respiracion*: como igualmente no se ha observado nunca la *salivacion saniosa y fétida*, si se esceptúa el hecho de Guibert, bien que podia atribuirse dicho síntoma á la gangrena de las encías.

Tampoco se ha observado el *infarto de los ganglios cervicales* mas que en un sugeto acometido de gangrena difusa de la faringe.

Tales son los síntomas locales; pudiendo colocar entre los *generales*, propios de la faringitis gangrenosa, una *alteracion profunda en las facciones* que á veces coincide con el principio de la enfermedad; una gran *debilidad* y la aceleracion y pequeñez del *pulso*. Los demas fenómenos, como inapetencia, sed, diarrea, pueden referirse á la enfermedad primitiva asi como á la faringitis gangrenosa.

Respecto á las *complicaciones* no poseemos todavía suficientes datos, y solo puede decirse de un modo general que

mas veces es complicacion la faringitis gangrenosa de otras enfermedades que vice-versa.

Cuando existe una faringitis *gangrenosa circunscrita*, casi siempre ocupa la parte inferior de dicho conducto en el punto donde se continúa con el esófago: no observando en tales circunstancias mas síntoma que la fetidez del aliento. Mas adelante, al ocuparnos del diagnóstico, diremos cómo deben estudiarse estos casos tan dificultosos.

Háse visto algunas veces que esta forma gangrenosa estaba situada en las amigdalas ó sobre otros puntos accesibles á la vista: estos casos se refieren, si se esceptúa la poca estension del mal, á la descripcion precedente.

Curso; duracion y terminacion. Siempre es muy rápido el curso de la faringitis gangrenosa. Cuando tratándose de la forma difusa, se anuncia su aparicion por alguno de los síntomas que acabamos de indicar, puede decirse que ya está invadida la mayor parte de la faringe. Esta forma tiende casi constantemente á progresar; no tarda en invadir los tejidos inmediatos, traspasar los límites de la faringe y propagarse á la mucosa de la parte superior de la laringe; conservando su forma primitiva en cualquier punto á donde se estienda. A veces respeta la laringe, deteniéndose en el punto en que la mucosa cubre la epiglotis. La faringitis gangrenosa circunscrita, aunque bien limitada al principio, puede propagarse á la epiglotis y aun penetrar en la laringe.

La *duracion* de esta enfermedad, cualquiera que sea su forma, varia de dos á seis dias en los casos reunidos por Rilliet y Barthez. Por lo demas está subordinada á la mayor ó menor debilidad y postracion del enfermo, y gravedad de las afecciones concomitantes.

Lesiones anatómicas. Difieren estas mucho segun la diversa forma de la enfermedad. En la *faringitis gangrenosa circunscrita*, se encuentran chapas ya ovales, ya perfectamente circulares, cuyas dimensiones varían entre una lenteja y una peseta. Las escaras gangrenosas que á veces se hallan en la epiglotis y hasta en la misma laringe, ofrecen igual regularidad. Son deprimidas estas chapas; su color gris que tira á negro, y á veces este último, exhalando el olor característico de la gangrena; sus bordes están cortados á bisel y son de color amarillento; finalmente la mucosa y una porcion de tejido submucoso, comprendidos bajo la porcion gangrenada, han desaparecido completamente. Cuando se han puesto al descubierto las fibras musculares, no se observa ninguna alteracion en ellas: tampoco está rubicunda, en-

grosada ni reblandecida la mucosa que las circunscribe; quedando despues de la caida de la escara una úlcera que á veces puede estar cubierta de una seudo-membrana.

Preséntanse las escaras de *faringitis gangrenosa difusa* bajo una forma irregular, siendo difícil reconocer los límites entre el tejido sano y gangrenado; y penetrando en estos casos las lesiones á una profundidad muy diversa.

Diagnóstico y pronóstico. Cuando existe la gangrena en las amigdalas, ó bien ocupa la parte superior y posterior de la faringe, es muy fácil su *diagnóstico;* bastando entonces la simple inspeccion auxiliada del olor característico del aliento. Pero como la gangrena circunscrita no se observa generalmente en puntos accesibles á la vista, no se cuenta entonces con mas datos, segun he dicho, que el olor fétido que puede ayudar á reconocerla. Pero este olor puede depender de una gangrena del pulmon; siendo entonces preciso proceder por esclusion y asegurarse que este último órgano no se halla invadido (véase tomo 2.º, artículo *Gangrena del pulmon*).

¿Se puede confundir la gangrena de la faringe con la de la boca ú órganos respiratorios? La completa facilidad en la respiracion y falta de espectoracion gangrenosa, siendo imposible la inspeccion de la garganta, pueden solo auxiliar á fijar el diagnóstico. «Pero en casos de esta especie, el error »de diagnóstico es poco grave, pues se trata de afecciones »casi necesariamente mortales.» (Rilliet y Barthez, tomo 2.º, pág. 176).

El diagnóstico mas importante es sin contradiccion el de la faringitis gangrenosa y de la *seudo-membranosa.* Efectivamente, hemos visto que puede esta presentar un aspecto gangrenoso, y de aquí ha resultado el error en que incurrieron nuestros antepasados. Se diferenciarán estas afecciones, teniendo presentes los signos inmediatos. En la faringitis gangrenosa hay chapas negras deprimidas que tienen el aspecto gangrenoso desde el principio, y dejan despues de eliminarse una pérdida de sustancia mas ó menos notable. En la seudo-membranosa por el contrario, los colgajos seudo-membranosos, prominentes, grises, súcios, no adquieren el aspecto gangrenoso hasta una época mas ó menos adelantada de la afeccion, dejando despues de su caida á la membrana mucosa intacta ó ligeramente escoriada.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

Caractéres diferenciales entre la faringitis seudo-membranosa y la gangrenosa.

FARINGITIS GANGRENOSA.	FARINGITIS SEUDO--MEMBRANOSA DE ASPECTO GANGRENOSO.
Chapas gangrenosas, deprimidas, de color gris oscuro, negruzco ó enteramente negro.	*Colgajos seudo-membranosos, gruesos,* ordinariamente de color gris ó negruzcos.
Aspecto gangrenoso desde el principio.	Al principio manchas grises ó amarillentas que no toman al momento el aspecto gangrenoso.
Pérdida de sustancia mas ó menos profunda debajo de las escaras.	Despues de la caida de los colgajos, no *hay pérdida de sustancia* de la mucosa, ni tejidos subyacentes.

Pronóstico. Las malas condiciones que acompañan á la invasion de la gangrena de la faringe, hacen bastante grave su pronóstico. Solo podemos esperar algunas probabilidades de curacion en la faringitis gangrenosa circunscrita; pues no se refieren ejemplos auténticos de curacion de la difusa.

Tratamiento. El primero que ha llamado la atencion es el *tópico.* Así que, inmediatamente que se observa la aparicion de las escaras, se procura detener sus progresos mediante la cauterizacion. Hánse usado para practicarla los ácidos sulfúrico y nítrico, el nitrato de plata ó las *aplicaciones del cloruro de cal.* Rilliet y Barthez dan la preferencia á los últimos sobre los cáusticos mas activos, pues les ha parecido que en ciertos casos propendian á favorecer el desarrollo de la gangrena mas bien que no á limitarla. Posee ademas otra ventaja el cloruro de cal, y consiste en obrar como desinfectante. Respecto á la manera de aplicarle, véase lo que se ha dicho en el artículo *Stomatitis gangrenosa.*

Solo es practicable la cauterizacion, cuando la gangrena está situada sobre las amigdalas ú otros puntos de la faringe accesibles á la vista. Pero la circunscrita, como he dicho, se halla tan profundamente situada, que es imposible alcanzarla con el pincel. En semejantes casos se ha recurrido á diferentes *colutorios antisépticos*, tales como el siguiente:

R. Sal amoniaco. . . . . 1 escrúpulo.
Alcanfor. . . . . 1/2 dracma.

Tritúrese en:

Infusion de quina. . . . . 1 libra.

Tambien podemos emplear el que aconseja Renauldin (*Dict. des sciences medic.*, article *Angine*).

R.	Cocimiento de quina.	1[2 libra.
	Ojimiel simple.	1 onza.
	Alcohol alcanforado.	1[2 id.
	Hidroclorato de amoniaco.	2 escrúpulos.

Mézclese.

No siempre pueden enjuagarse los enfermos; la suma postracion ó su indocilidad, si se trata especialmente de niños de muy corta edad, son obstáculos que se superarán practicando con una jeringuilla *inyecciones* con los gargarismos precedentes, con ácidos vegetales, un cocimiento de quina y otros antisépticos.

Eméticos. Aconsejan los autores los eméticos á pequeñas dósis en union con los remedios precedentes, á fin de favorecer la espulsion de las escaras desprendidas. Empléanse en general el *jarabe ó polvo de ipecacuana* y el tártaro estibiado á dósis fraccionarias. Rilliet y Barthez temen que resulten malos efectos de la reabsorcion en el estómago de las secreciones alteradas de la mucosa, pareciéndoles útiles los eméticos á fin de prevenir tal inconveniente; pero esta es una idea puramente teórica que necesitaria establecerse en hechos concluyentes.

Ademas de los vomitivos, tambien se han empleado los purgantes cuando habia astriccion de vientre. Las enemas oleosas ó ligeramente purgantes, tales como las de 2 ó 4 dracmas de *aceite de ricino*, bastan casi siempre.

La postracion, que en el mayor número de casos acompaña á la gangrena de la faringe, ha movido á casi todos los autores á usar simultáneamente los *tónicos* y hasta los estimulantes. Asi es como por el *cocimiento de quina* acidulado con algunas gotas de *ácido sulfúrico*, ó activado con el *cloruro de sodio, ó calcio* á la dósis de grano y medio en una onza de vehículo, el vino generoso, las infusiones de menta, salvia, romero, etc., han combatido este síntoma.

El régimen prescrito no ha sido severo en el mayor número de casos; pues cuando los enfermos no han perdido el apetito, se les conceden caldos, sopas y los analépticos. Cuando puedan soportar una alimentacion mas sustanciosa, se dará la preferencia á las sustancias semisólidas.

Resúmen y prescripciones. Háse visto que el tratamiento

tópico era el que merecia mayor confianza: desgraciadamente la rebeldía del mal y su funesta terminacion han venido con harta frecuencia á probar que todos los recursos eran inútiles; habiéndole quitado á este tratamiento mucha importancia el poco efecto que ha producido en los casos graves.

Primera prescripcion.

En un caso de faringitis gangrenosa en que las escaras son accesibles á la vista.

1.° Para tisana cocimiento de quina con algunas gotas de ácido sulfúrico, cloruro de sodio, calcio ó bien las infusiones de salvia y romero.

2.° Tocar las escaras con un pincel empapado en una disolucion del cloruro de cal en la proporcion siguiente:

R.	Agua.	1 y 1|2 onza.
	Cloruro de cal.	2 y 1|2 dracmas.

Disuélvase.

3.° Se prescribirá como emético el jarabe de ipecacuana (media onza en dos veces para los niños de corta edad)

ó bien:

R.	Emético.	1 grano.
	Agua destilada de menta.	1 onza.
	Id. destilada simple.	1|2 libra.

para tomar en cinco veces, con un cuarto de hora de intervalo para los adultos.

4.° El enema purgante siguiente:

R.	Aceite de ricino.	2 onzas.
	Cocimiento de malvabisco.	1|2 libra.

Mézclese.

5.° Régimen compuesto de caldos, sopas, analépticos, vino y tónicos.

Segunda prescripcion.

En un caso de faringitis gangrenosa en que es imposible ver las escaras.

1.° La misma tisana que en la prescripcion anterior.

2.° Gargarismos antisépticos (véase págs. 113 y 14) Si no pueden hacerse, inyectar con una jeringa el antiséptico.

3.° Eméticos, purgantes, régimen como en la primera prescripcion.

ARTICULO IX.

TUMORES Y DEGENERACIONES DE LA FARINGE.

Acabamos de describir las principales afecciones de la faringe, aquellas que verdaderamente interesan al práctico. Hay sin embargo otras de curso crónico y esclusivamente propias del dominio de la cirugía, ó bien fuera del alcance de todos los recursos del arte: tales son los diversos *tumores*, los *pólipos* y el *cáncer*. Escuso ocuparme de los primeros, y solo diré cuatro palabras acerca del cáncer.

1.° *Cáncer de las amigdalas.* Ocupa esta afeccion las amigdalas con mas frecuencia que la cavidad faríngea. Velpeau, que ha hecho la escision de estas glándulas en un caso de cáncer manifiesto, ha observado otros varios ejemplos. Tambien cita uno Mason Warren, y Vidal (de Cassis) (*Tr. de Path. ext*, t. 4.°; 1849) ha visto en la Caridad un enfermo que padecia esta afeccion.

Signos y síntomas. Un *tumor* redondeado, irregular, duro al tacto, que ocupa las amigdalas separando los pilares del velo palatino, dificultando los movimientos de la mandíbula, la deglucion y á veces la respiracion: hé aquí los principales caractéres de esta enfermedad, á los que es preciso añadir su larga duracion. Cuando está *ulcerado*, sobrevienen dolores lancinantes en estremo vivos; la *espectoracion*, ó *mejor escrecion*, presenta estrias sanguinolentas, pudiendo comprobar mediante la inspeccion la existencia de una úlcera irregular y de bordes elevados.

Por mas que el cáncer haya progresado rápidamente, puede ser satisfactorio el estado general, como en el caso que refiere Mason Warren; pero es mas frecuente que haya pérdida de fuerzas, digestion laboriosa, enflaquecimiento; en una palabra, todos los fenómenos generales que acompañan á las afecciones cancerosas.

Causas. Esta afeccion rara no se ha visto mas que en *ancianos*. El reducido número de hechos no permite investigaciones, acerca de si existen otras causas predisponentes ú ocasionales.

Tratamiento. Emplear los medios que generalmente se prescriben en otras especies de cánceres, y que indicaré en detall al ocuparme del cáncer del estómago, ó, si progresa la afeccion de una manera alarmante y á pesar de eso está li-

mitada á la glándula, consiste todo el tratamiento en practicar la *estirpacion*.

En el caso referido por Velpeau habia el cáncer penetrado á tanta profundidad, que se creyó oportuno ligar la carótida primitiva antes de la estirpacion. Mason Warren no tuvo que tomar esta precaucion, pero le fué preciso emplear el *cauterio actual* para detener la sangre. Curóse la enferma operada, pero sucumbió seis meses despues de una peritonitis; de modo que este hecho no puede ilustrar la cuestion de la *recidiva*.

2.° *Cáncer de las paredes de la faringe*. Con menos frecuencia todavía se presenta el cáncer de las paredes de la cavidad faringea; pues casi no existen ejemplos de él. Sin embargo citaré uno que refieren Cabanellas y Corbiu (*Voy. Arch. gén.*, t. 26, pág 122; 1831).

Esta afeccion, que consiste en una *hinchazon* irregular, redondeada con ulceracion consecutiva, destruccion mas ó menos estensa de las partes blandas, conversion de estas en materia grumosa, se halla enteramente fuera de los recursos del arte.

Tratamiento. Calmar los dolores á beneficio de gargarismos emolientes y opiados; introducir en el estómago, mediante una sonda esofágica, los alimentos líquidos cuando se ha imposibilitado completamente la deglucion; emplear los medios que se dirán al hablar del cáncer del estómago. Tal es la conducta que debe observarse en estos casos desesperados. Fácilmente se comprenderá por qué no insisto en estas afecciones.

ARTICULO X.

DILATACION DE LA FARINGE.

La dilatacion de la faringe es una afeccion muy rara, como lo hace notar A. Berard (*Dict. de Méd.*, t. 24 1841, artículo *Pharynx*. (*Pathologie*). En el caso citado por este autor, que pertenece á Rokitansky, de Viena, dependia esta de un estado del esófago que presentaba en su parte superior un *diverticulum*, y por debajo una estrechez considerable. Es probable que la dilatacion de dicho conducto no ha tenido lugar mas que en casos análogos. Constituye pues una enfermedad aislada, y la estrechez del esófago, de quien es una consecuencia, debe fijar mas particularmente la atencion del médico. Por lo demás, á esta estrechez deben atribuirse todos

los síntomas observados, tales como la *dificultad en el paso de los alimentos y bebidas*, la sensacion molesta que se esperimenta á lo largo de la cavidad torácica, los *trastornos en la digestion*, etc. La caida de los líquidos, como en un tubo inerte, y el ruido particular que resulta, fenómenos dependientes de la escesiva latitud de la faringe, que no puede contraerse lo suficiente, son tal vez los únicos signos que propiamente pertenecen á la dilatacion.

Respecto al *tratamiento*, no se aplica mas que á la estrechez del esófago, de que mas adelante nos ocuparemos. Y hé aquí razones de bastante peso para probar que no debemos entrar en mayores detalles.

No se citan ejemplos de *paralisis* limitadas á la faringe: así que es preciso remitir al lector á lo que debemos consignar, cuando tratemos de la paralisis del esófago.

CAPÍTULO III.

ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO.

Rara vez se presentan las principales afecciones de este conducto; y tal es la razon por qué se nota tanta inexactitud en las descripciones que de ellas tenemos. Existen sin embargo cierto número de hechos reunidos por J. Frank (*Prax. Méd.* pars 3, vol. 1, sectio 2, *de Morbis pharyngis et œsophagi*), y mas recientemente por Mondiere (*Arch. géner. de Méd.*, 1.ª serie, tomos 24, 25, 27, 30; 2.ª serie, tomos 1.°, 2.° y 3.°), que nos permiten trazar una historia de estas enfermedades, que si bien será menos precisa que las de las afecciones precedentes, no por eso carecerá absolutamente de interés. Esponer el resultado de observaciones importantes, deducir consecuencias prácticas y llamar la atencion sobre tantos puntos que aún no se hallan dilucidados, hé aquí el empeño que contraigo en este capítulo.

Las enfermedades del esófago se pueden clasificar de la manera siguiente: 1.°, *hemorragia*; 2.°, *esofagitis simple, absceso, gangrena, rotura*; 3.°, *esofagitis seudo-membranosa*; 4.°, *ulcerosa*; 5.°, *cáncer*; 6.°, *dilatacion*; 7.°, *estrechez ú obstruccion*; 8.°, *espasmo del esófago ó esofagismo*; 9.°, *paralisis*.

No he incluido en esta clasificacion el *reumatismo de dicho conducto*, pues debo ocuparme de él al hacerlo de las afecciones del sistema locomotor. Tampoco menciono las

perforaciones, pues siendo una consecuencia de las afecciones precedentes, las incluiré al describir aquellas; respecto á los tumores que por hallarse situados en puntos próximos al esófago le comprimen, y los *focos* que se abren en el interior, los referiré á la inflamacion como en el caso de abscesos, ó bien á las perforaciones con el de rotura de aneurisma, ó finalmente á las estrecheces, como en el de tumor sólido que disminuye el calibre de dicho conducto.

Casi todas estas afecciones habian sido conocidas por nuestros mayores con el nombre de *disfagia*. Colocando en primer término este síntoma principal, formaban una enfermedad diferente, de la que las lesiones enumeradas no constituian mas que la causa. Hay bastante diferencia entre estas diversas lesiones con respecto al curso, gravedad y terapéutica de ellas, para que hoy pueda considerarse á la disfagia de otro modo que como un síntoma comun, cuyo valor está en razon de los casos. El único medio de aclarar la confusion que reina en patología, es tratar de clasificar bien las diversas entidades particulares, y adherirse principalmente á los caractéres diferenciales que presentan; cosa que me propongo hacer en el capítulo siguiente.

ARTICULO I.

HEMORRAGIA DEL ESÓFAGO.

Poco es en verdad lo que tengo que decir acerca de esta afeccion; pues se observa tan *rara* vez, que con dificultad se hallará un solo ejemplo de hemorragia espontánea en los autores que mas hechos han reunido. Las que se citan como dependientes de *varices* semejantes á las de la cavidad bucal, no son mas que hemorragias procedentes de la faringe. No quedan pues otras mas que las producidas por causas accidentales.

Hánse referido casos en que las *sanguijuelas* han penetrado hasta el esófago, y han producido sus picaduras un flujo sanguíneo que ha durado ordinariamente por espacio de mucho tiempo. Se cita un caso de esta naturaleza en el Diario de Vandermonde (1758): esperimentaron cuatro militares por espacio de quince dias un flujo de sangre por la boca, observándose que unas veces perdian mucha sangre y otras por el contrario muy poca. A veces provocó *tos*; pero otras salia dicho líquido por simple *espuicion*. Existia un síntoma

comun que consistia en *sensacion de prurito*, ó mas bien la *sensacion de un gusano* que se arrastra por el esófago ó por la abertura posterior de las narices. Finalmente esperimentaban los sugetos una especie de *carraspera*, ó mejor la sensacion de un *obstáculo* en la garganta con alteracion de la *voz*.

He citado este ejemplo, porque puede considerarse á la picadura de la sanguijuela como única causa de la hemorragia en cuestion. Efectivamente, si el flujo sanguíneo es debido á la *rotura de un aneurisma* en el esófago, como á veces acontece, accidente que es propio de otra enfermedad que ya hemos estudiado, y si depende de una herida de dicho conducto, pertenece la enfermedad al dominio de la cirugía.

No queda pues al presente mas que el flujo sanguíneo, en general escaso, que sobreviene á consecuencia de la faringitis ulcerosa y cáncer: pero mas adelante nos ocuparemos de él.

De lo espuesto se deduce que no debo ocuparme en este lugar mas que del *tratamiento* de la hemorragia del esófago dependiente de la picadura de las sanguijuelas. Pero nada mas sencillo que él; pues basta mandar al enfermo trague una sustancia capaz de desprender el insecto, y despues arrojarle por la boca. Con este fin se ha propuesto la ingestion del *agua y vinagre*, de una mezcla de *cerveza y vinagre* ligeramente templada, y finalmente la *disolucion de la sal marina*. Debe preferirse esta última á las demas; pues sabida es la facilidad con que la sal provoca la caida de las sanguijuelas. Por lo que toca á tener en la boca pedazos de hielo, como Rhassis propuso, no es medio que inspire con justicia la misma confianza.

Creo haberme detenido demasiado en una hemorragia que rara vez se presenta, pero no por esto escusa al práctico de conocer su causa, pues puede ser tal su abundancia y duracion que comprometa seriamente la salud del enfermo.

ARTICULO II.

ESOFAGITIS SIMPLE AGUDA.

Esta afeccion, de que solo poseemos un número reducido de observaciones, ha sido estudiada, al menos en parte, en una época bastante remota. Fernelio (*de Partium Morbis et Sympt.*, lib. 6, pág. 277) habla del *flemon* del esófago, y ya Galeno habia observado un *dolor* en este conducto, que en algunos casos al menos podria referirse á la inflamacion. Pero

solo en estos últimos tiempos, por las investigaciones de J. Frank y principalmente las de Mondiere, se ha conocido la esofagitis. Sensible es sin embargo que estos autores no hayan dado un análisis circunstanciado de las observaciones que han reunido, habiéndose contentado con esponer las principales circunstancias de los hechos sobre que han fundado sus trabajos. Voy pues con estos materiales á consignar cuanto hay de positivo acerca del estado actual de la ciencia.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Considero como una esofagitis simple aguda tanto, la que ocupa la parte superficial de este conducto, como aquella que penetra mas profundamente y termina por supuracion ó gangrena; pues que en efecto dicha terminacion en nada influye respecto á la naturaleza de la afeccion.

Háse conocido esta enfermedad con los nombres de *disfagia*, *angina*, y tambien se la han aplidado los de *angina esofágica*, *esofagitis*, *inflammatio gulæ*. Hoy dia se ha adoptado generalmente el de *esofagitis*, admitido ya por José Frank.

He dicho ya lo infrecuente que es esta afeccion; asercion de que es fácil convencerse en vista del reducido número de observaciones que ha reunido Mondiere, por mas que haya agotado innumerables recursos. Algunos esplican la rareza de esta enfermedad por lo profundamente que está situado el esófago, y por la razon de que sus usos no le esponen á la accion de los agentes esteriores mas que por cortos momentos.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Existen entre las observaciones que tenemos, algunas que se refieren á todas las *edades* de la vida. Billard (*Tr. de Mal. des enfans nouveau-nés et á la mamell.*, 2.ª edic., pág. 388; 1833) cita un caso en que le pareció probable haberse desarrollado la enfermedad *durante la vida intra-terina*, y tambien ha reunido algunos en que se presentó poco despues del nacimiento. ¿Estaremos autorizados por esto á decir, como lo hacen este autor y Mondiere, que la esofagitis es mas frecuente en los niños que en los adultos? Billard ha comprendido bajo el nombre de *esofagitis* las simples inflamaciones, un número reducido de flegmasias ulcerosas, y final-

mente casos de *muguet del esófago*. Ahora bien, sabemos que este último depende de una causa mas general, que no es sino consecuencia de la inflamacion especial de la boca, motivos todos de gran cuantía para que se segregue de aquella lista. Mirada la cuestion bajo este aspecto, no ofrece tan fácil solucion como han creido Billard y Mondiere, y lo único que pueden decir, vista la tendencia de las inflamaciones especiales de la boca á propagarse al esófago en los recien nacidos, es que puede desarrollarse la esofagitis aislada con mas frecuencia en esta edad; no pasando esto de una presuncion que necesita el apoyo de los hechos.

Lo que todavía aumenta las dudas sobre la asercion de estos autores, es que en la obra de Rilliet y Barthez no se habla de esofagitis, constando las numerosas autopsias que han hecho estos profesores en el hospital de niños.

2.° *Causas ocasionales.*

De lo espuesto se deduce que no poseemos mas que noticias muy limitadas acerca de las causas predisponentes; pero en contraposicion se citan gran número de ocasionales.

Encontramos en primer lugar el *abuso de ciertos medicamentos*: tales como el *mercurio*, segun Hildenbrand, citado de un modo vago por Mondiere, que cree tenga esta propiedad. No he hallado la cita á que se refiere, y en verdad lo siento; pues nada mas curioso que averiguar si en tales casos la inflamacion del esófago era algo mas que la propagacion á dicho conducto de la stomatitis mercurial. Igual resultado produciria el iodo, en sentir de Gohier (*J. univ.*, tomo 1.°, pág. 237): todos conocen los casos de inflamacion particular ocasionada por el emético administrado á altas dósis: pero en tales casos casi siempre aparece la flogosis sobre los folículos.

Es casi inútil añadir que las *sustancias acres y corrosivas*, tales como una *disolucion del sublimado*, ó bien los *ácidos concentrados* producen la inflamacion del esófago. Esta es una consecuencia necesaria de la ingestion de dichas sustancias; pero pertenecen á los envenenamientos, de que no debemos ocuparnos ahora. La quemadura por la deglucion del agua hirviendo determina una inflamacion como la que ocasiona en la boca, y que por cierto es de una importancia secundaria. Fácil será recordar lo que he dicho respecto á esto en el artículo *laringitis producida por la quemadura de*

la glotis; creyendo oportuno remitir al lector á dicho artículo.

J. Frank coloca en el número de causas la ingestion del *tabaco de España* y de las cantáridas; pero todavía se refiere este caso á los envenenamientos.

Produce esta enfermedad la ingestion del *agua muy fria* estando el cuerpo sudando? Sensible es que los autores que han admitido la existencia de tal causa, no nos refieran los hechos. Un solo caso de esta especie, citado por Mondiere y extractado de la *Gazette de Santé*, parece ser favorable á esta opinion; pero este hecho carece de detalles, y se puede preguntar si la sed intensa que esperimentaba el paciente y que le impelió á beber el agua fria, no constituia el primer síntoma de la enfermedad; prescindiendo, por otra parte, de que un hecho aislado tiene poca importancia.

Háse colocado tambien entre las causas de la esofagitis el paso de *cuerpos voluminosos y duros*, su permanencia mas ó menos prolongada, y las tentativas hechas con el objeto de extraerlos ó introducirlos en el estómago.

Varios autores se han preguntado si el *esofagismo* ó *espasmo* del esófago no podria degenerar en una verdadera inflamacion. Entre ellos Mondiere cita á Percival, Baillie y Barras; pero los hechos, mejor que la analogía, no permiten adoptar semejante opinion. Relativamente á la *retropulsion* de las *flegmasias* cutáneas, como la escarlata y el sarampion, solo refiere un caso consignado por Pinel, hijo, en el que la esofagitis *sucedió* al sarampion; no existiendo aquí un verdadero retroceso.

Hemos visto en los artículos precedentes que la *faringitis pultácea* se estendia á veces al esófago; y este sin duda es el motivo de haber dicho que la escarlatina era una causa predisponente de la esofagitis. Respecto á la inflamacion de dicho conducto, que se desarrolla en la rabia, *fiebre amarilla*, *viruelas*, etc., no constituye mas que una complicacion de enfermedades que no deben ocuparnos ahora.

Finalmente, se ha visto en ciertos casos presentarse la esofagitis *sin causa conocida*. Si se reflexiona sobre este hecho y sobre el gran número de causas mencionadas anteriormente, número tal que apenas se hallan dos casos que puedan referirse á cada una, convendrá, con escepcion de las directas, y por decirlo así *traumáticas*, no conceder á las otras mas que un valor insignificante. Punto es este que ofrece todavía mucho campo á la investigacion.

§. III.—Síntomas.

Mondiere ha sido el que mejor ha estudiado los síntomas, pero desgraciadamente no habiendo dado el análisis rigoroso de los hechos, nos deja su descripcion en una vaguedad sensible. Espondremos de un modo rápido lo mas evidente que resulta de las observaciones.

El *dolor* es sin duda el síntoma que mas ha llamado la atencion de los médicos, porque es casi del que se quejan esclusivamente los enfermos. Existe desde el principio, y segun la espresion de Mondiere, constituye el primer síntoma de la esofagitis. Es raro que tome rápidamente mucha intensidad; sin embargo, esta manera de aparecer se ha visto en un caso observado por el doctor Noverre (Bull. *de la Fac. de Méd.* de París, tomo 4.º; 1819). Paréceme bastante curioso para insertarlo en este lugar.

OBSERVACION.

Un sugeto de cincuenta y seis años de edad, constitucion robusta, despertó sobresaltado una noche del estío á consecuencia de un violento dolor fijo detrás del esternon, en la direccion de la línea media del pecho. Se calmó pronto, y el enfermo volvió á dormirse. Pero al despertarse apareció con mayor intensidad, junto con fiebre y calor á la garganta; imposibilitóse la deglucion, pues las bebidas y alimentos producian por su contacto las mayores angustias. Persistieron estos síntomas por espacio de ocho dias sin haber hecho nada para calmarlos, cuando entró en la Caridad. Hé aquí el estado que entonces ofrecia.

Piel caliente y halituosa; pulso grande, desarrollado al parecer, pero blando; cara rubicunda, animada y espresando la inquietud y el dolor; lengua húmeda, rubicunda en sus bordes y punta, cubierta en la base de una capa amarillenta; sensacion de calor é irritacion en las fauces, donde no se observaba rubicundez ni hinchazon; dolores de los mas intensos á lo largo de la línea media del cuello y pecho en direccion del esófago, y que parecian detenerse en el cardias. Iban estos síntomas acompañados de una especie de espasmo general, y de una ansiedad que aumentaba estraordinariamente siempre que el enfermo procuraba tragar una bocanada de líquido, que pasaba trabajosamente despues de una prolongada série de esfuerzos y padecimientos. Al dia siguiente, 23 de julio de 1819, pequeña remision de los síntomas: pasados dos dias astriccion de vientre. El 24 mejoría notable; pulso mas duro que el dia anterior. El 26 deglucion difícil pero sin ser dolorosa. El 27 de julio, décimo tercio dia de enfermedad, cesacion de la disfagia, y pocos dias despues curacion completa y salida del enfermo.

Consistió principalmente este tratamiento en muchas sangrías y la aplicacion de gran número de sanguijuelas; luego nos ocuparemos de él, pues solo he querido consignar ahora la aparicion de este dolor tan vivo y persistente acompañado de movimiento febril bastante intenso, y que podia referirse á la direccion del esófago. Sensible es no haber preguntado al paciente si la víspera sentia alguna dificultad en el trayecto de dicho conducto; pero aunque hubiera sido así, el despertar sobresaltado con un dolor tan violento, no es menos notable.

He dicho que ordinariamente aumenta el dolor por grados, y que en general cuando mas se exacerba es en el momento en que el bolo alimenticio atraviesa la parte inflamada. Llega entonces á ser tal su violencia que los enfermos ejecutan contorsiones, y no faltan algunos que rehusen tragar los líquidos. Tambien á veces perciben la sensacion de una *quemadura* ó *dislaceracion*, como aconteció á Mondiere, que fué acometido de esta dolencia.

No es menos importante conocer el *asiento del dolor*; pues por él se conoce principalmente cuál es el órgano afecto. Galeno habia ya observado que en las enfermedades del esófago esperimentaban los enfermos un dolor á lo largo de la *espina dorsal*, encontrando fácilmente la causa en la direccion del conducto alimenticio. Forestus (*Op. omnia*, lib. 15, obs. 31) hizo la misma observacion. Sin embargo, ha diferenciado ciertos casos en que el dolor estaba fijo en un punto mas inmediato al cuello. En los casos que Mondiere ha reunido, podia referirse dicho síntoma principalmente á las afecciones de la parte inferior de la faringe; fenómeno que era constante siempre al principio de la enfermedad. Otras veces, añade el autor citado, puede referirse á la laringe, epigastrio ó entre las escápulas. En un caso observado por Roche (*Nouv. Elém. de Path. chir*, 4.ª edic., tomo 1, artículo esofagitis) determinaba la presion ejercida debajo del apéndice sifoides la sensacion de un cuerpo estraño que subia á la garganta, y la de un dolor sordo estendido como una cuerda de uno á otro punto. Percibíase mejor este dolor al lado izquierdo de la laringe, entre las dos escápulas y el apéndice sifoides. Broussais (*Ann. de la méd. phys.*, tomo 3.º, pág. 254) ha visto tambien un enfermo acometido de esta enfermedad que esperimentaba la sensacion de una bola que subia desde el epigastrio á la laringe, donde se detenia.

Ocupando la enfermedad en varios casos mayor ó menor estension del esófago, se infiere que no siempre se halla fijo el dolor en un mismo punto. Tal aconteció en el caso obser-

vado por Mondiere en sí mismo; pues todos los fenómenos locales que al principio se referian á la parte superior del esófago, pasaban á la inferior y se hicieron notar en el cardias. Preciso es acordarse de la posibilidad de este curso del dolor, pues se halla en él un signo precioso para reconocer el asiento del mal.

Acabamos de decir que el paso de los alimentos y bebidas provoca el dolor, resultando de aquí una *dificultad en la deglucion* que se refiere á un punto mas ó menos bajo, segun el asiento de la inflamacion. En el caso observado por Roche, los alimentos menos molestos y los líquidos mas suaves eran, segun espresion del enfermo, detenidos *por un nudo*. Pero en los mas graves, los alimentos y bebidas son arrojados por una contraccion instantánea tan luego como llegan al punto inflamado. Puede verse un ejemplo de esta clase en una observacion extractada por Mondiere (*loc. cit.*, pág. 557) de la *Gazette de Santé*; no obstante, preciso es añadir que aquí se trataba de un *absceso* de las paredes de la faringe.

¿Puede determinar la enfermedad de que tratamos una verdadera *hidrofobia*? Este es un punto que no ofrece grandes dudas á Mondiere, el que apoya su aserto en un hecho observado por el doctor Pfeufer de Bamberg (*Arch. gén. de Méd.*, t. 11, 1826; copiado del *Heid. klin. ann.* 1825). Con todo, despues de leida la historia, quedan bastantes dudas acerca de su justo valor. Verdad es que la enfermedad empezó por ligera dificultad de tragar los líquidos; pero coexistian al mismo tiempo síntomas generales, que fueron aumentando progresivamente, se hicieron muy graves, y durante los cuales apareció la hidrofobia de un modo claro. Ademas nadie ignora que este síntoma aparece en tales casos, por mas que no exista esofagitis, siendo necesario añadir que á mas de las lesiones de dicho conducto, existian otras en la faringe, laringe, cuerpo tiroideo, estómago, glándulas salivales, etc., que parecian indicar que mas bien se trataba de una afeccion general, que no de una esofagitis que tan pocas simpatías determina generalmente.

Mondiere ha demostrado que en todos los casos de esofagitis existia una *espuicion* mas ó menos difícil y abundante de materiales viscosos. Este fenómeno es mas notable, segun dicho autor, cuando la inflamacion ha invadido simultáneamente la mucosa esofágica y las criptas que tapiza. Por desgracia no se ha investigado si ocurria el mismo fenómeno cuando la inflamacion ocupa la parte inferior del esófago, que cuando está situada en la superior, constituyendo esto uno de

los numerosos vacios que hay que llenar en la historia de la esofagitis.

Háse incluido tambien en el número de los síntomas de la afeccion de que tratamos, un *calor* mas ó menos intenso en el trayecto del esófago, fenómeno que, segun los autores, vá acompañado de notable *sequedad*; pero si examinamos una á una las observaciones, se vé que se hace mérito de tal síntoma en muy pocas, de modo que parece haberse admitido su existencia por el razonamiento y la analogía, mas bien que por el estudio de los hechos.

Mondiere esperimentó en la esofagitis que sufrió una *tos gutural*, con espuicion difícil y dolorosa, de un moco espeso y viscoso. Ocupaba entonces la inflamacion la parte superior del esófago, siendo los síntomas casi idénticos á los que espusimos poco hace, tratándose de la inflamacion de la parte inferior de la faringe.

Hemos visto que aun la *deglucion de los líquidos era muy dolorosa* y á veces imposible, y sin embargo en los casos graves, en aquellos que van acompañados de movimiento febril, habia una sed intensa; presentándose tambien en los otros á consecuencia de la privacion que voluntariamente se imponen los enfermos. De aquí se sigue que la sed constituye sin duda uno de los síntomas mas incómodos, pues que tratando de apagarla se aumenta el dolor, y pueden escitarse contracciones espasmódicas, de que hablaremos ahora.

Mondiere, en union de muchos de los autores que le han precedido, coloca al *hipo* entre los síntomas de la esofagitis. Desgraciadamente no ha analizado lo bastante las observaciones que ha reunido, y lo particular es que no se ha observado tal síntoma en los hechos que presenta como ejemplo. Tampoco Jos. Frank habla de él en su artículo. ¿Es por ventura propio de la esofagitis? ¿ó no constituye mas que un epifenómeno dependiente en algunos casos de la abstinencia de bebidas, y de la aprension del enfermo? Hé aquí un punto que no nos es posible ventilar. De tal naturaleza sin embargo es dicho síntoma, que hasta que se presenten nuevos hechos no nos atrevemos á colocarlo entre los caractéres esenciales de la esofagitis.

La *dificultad de la deglucion* consecutiva al paso de las sustancias menos irritantes, como la saliva, los jarabes, bebidas emolientes, es á veces tal que llega á producir un verdadero *espasmo del esófago*; es decir, contracciones desordenadas que se estienden á mayor ó menor distancia de este conducto musculoso. Este es el espasmo que confundido bajo el nombre

de esofagismo con accidentes nerviosos de que hablaré mas adelante, produce los *vómitos* indicados anteriormente. El estímulo que ocasionan sobre la parte inflamada las sustancias ingeridas, constituye evidentemente la causa de estas contracciones espasmódicas.

Tales son los *síntomas locales*, de la esofagitis simple aguda. Respecto á los *generales*, encontramos en este lugar lo que espusimos tratándose de las diversas *faringitis*; que ó no existen absolutamente, como en el caso observado por Roche, ó son muy leves, y solo en casos escepcionales tienen una gran intensidad. La frecuencia y dureza del *pulso*, *el calor*, *la agitacion* que se exaspera por la sed y aprension de los enfermos, componen todos los síntomas generales reunidos en las observaciones.

La esofagitis que acabo de describir es la ordinaria; pero hay una forma particular indicada por los autores, y de la que importa decir cuatro palabras antes de ocuparnos de los abscesos y gangrena del esófago.

Esofagitis foliculosa. Mondiere y los autores que le han seguido hablan de una inflamacion del esófago cuyo asiento son los folículos mucosos de la membrana interna; pero seguramente es bien raro observarlos inflamados idiopáticamente.

Háse querido referir á esta inflamacion las úlceras halladas en el esófago de sugetos que han muerto de una fiebre grave, como pueden verse algunos ejemplos en casos de fiebre tifoidea consignados por Louis (*Rech. sur l'Aff. typhoide*); pero admitiendo que estas soluciones tengan su asiento constantemente en los folículos, la úlcera por sí constituye una enfermedad, de que voy á ocuparme mas adelante.

Se han observado (Denis, *Rech. anath. pathol.*) tambien los folículos mucosos hinchados é inflamados en los niños; y Billard refiere un caso de tumefaccion de estas glándulas, que parecia haber tenido orígen durante la vida intra-uterina. (*Trait. des Mal. des Enf. nouveau-nés*). ¿Hasta qué punto diremos que existe esta enfermedad independiente de otra cualquiera? Hé aquí lo que no nos es posible consignar. Respecto á la inflamacion de los folículos mucosos observada en la rabia, es una lesion de que debo ocuparme al hacerlo de la principal.

Fácil es conocer que nada hay decidido en la inflamacion del esófago limitada á los folículos mucosos; y creo que seria anticiparnos á las observaciones pretender insistir mas en semejante afeccion.

Absceso del esófago. La terminacion por supuracion merece que la dediquemos cuatro palabras por separado. Mondiere opina no ser muy rara; antes piensa que lo pareceria menos, si cuando acaba de abrirse el absceso no tragase ó arrojase el pus el enfermo sin advertirlo. Verdaderamente esta es una proposicion cuya exactitud merece comprobarse. No obstante, de cualquier modo que suceda, insertaremos un ejemplo para conocer la sucesion de fenómenos en tales casos. Copiámosle de la Memoria de Mondiere, habiéndolo estractado de él la *Gazette de Santé* (1823).

OBSERVACION.

Un hombre de cuarenta años de edad, viajando en el estío, y obligado por la sed, bebió precipitadamente agua que salia de un manantial muy frio. Esperimentó desde aquella tarde dificultad de tragar, acompañada de dolor. Pasó seis dias sin reclamar los auxilios del arte; y atormentado siempre por su disfagia, llamó á Bourguet que halló al enfermo sin hinchazon en la garganta; pero arrojando siempre los alimentos poco tiempo despues de deglutirlos. Habiendo empleado este profesor infructuosamente las sangrías, sanguijuelas, emolientes, etc., se decidió á reconocer el esófago con una candelilla, cuya punta era de cera de modelar. No pudo penetrar el instrumento mas allá del punto donde sentia el dolor y se detenian los alimentos. Hizo el operador algunos esfuerzos y consiguió penetrar hasta el estómago; retiró la candelilla con la mayor facilidad y con ella como una cucharada de pus; le fué fácil al enfermo desde entonces tragar, y no tardó mucho en restablecerse.

Este ejemplo demuestra que se diferencia esencialmente la esofagitis supuratoria en el dolor *limitado á un espacio pequeño*, donde se detienen los alimentos; por estos límites conocemos el asiento del absceso, por lo demás no se ha investigado si tiene algo de particular respecto á los síntomas generales, ni si el curso de la afeccion tenia alguna singularidad notable. En un caso observado por Barras y leido en la Academia de Medicina (sesion del 27 de octubre 1825) encontramos algunos pormenores sobre este punto. Los síntomas locales muy intensos se referian siempre al nivel de la parte superior del esófago: tambien se presentaron síntomas cerebrales muy violentos; la cara estaba rubicunda y bultuosa, los ojos inyectados y prominentes, habia violentas convulsiones y notable depresion del pulso. Ademas se observaba hipo; pero solo despues de la rotura del absceso.

Volveré á ocuparme del absceso del esófago en el párrafo destinado al tratamiento.

Gangrena del esófago. ¿Puede existir en el esófago una

gangrena semejante á la que hemos observado en la boca y faringe? Imposible es decidirlo en vista de los hechos que poseemos. Preciso será no obstante conceder que hay casos en que la gangrena de la faringe se propaga al esófago, de lo que Dugés (*Nat. de la Fiebre*, vol. 2, pág. 432) citado por Mondiere, refiere un ejemplo; pero no debe considerarse entonces á la afeccion de dicho conducto sino como trasmitida por un órgano inmediato, disminuyendo el interés que pudiera tener para nosotros.

No me creo obligado á tratar en este lugar de la gangrena del esófago en un sugeto muerto á consecuencia de envenenamiento por los hongos, hecho que Mondiere cita, segun Orfila: esta gangrena no es mas que un fenómeno consecutivo á aquel accidente, por lo que debe reservarse para otro lugar. Quedan pues solo los casos en que la gangrena no es mas que una *terminacion de la inflamacion*, del modo que sucede en ciertas faringitis gangrenosas. Entonces se ha observado que los *síntomas principales* (véase Mondiere *loc. cit.*) eran el *dolor*, *infarto* del cuello, los *eructos*, *vómitos* que cada vez se hacen mas raros, cesando completamente al fin de la enfermedad, cuando el esófago no puede entrar ya en accion; un *pulso* pequeño, débil é intermitente, postracion considerable de fuerzas, que no puede esplicarse por la lesion de ningun órgano importante.

No hallándose basada esta descripcion mas que en un corto número de hechos, debe mirarse como provisional, aun cuando los síntomas se refieran completamente á las lesiones orgánicas. Con mayor motivo no debemos admitir sino con mucha reserva otro signo indicado por Mondiere. « Pensamos, dice, aunque no se ha indicado en las observaciones que acabamos de referir, que el aliento de los enfermos debe exhalar el *olor propio de la gangrena*, apoyándonos en la gran cantidad de aire que tragan los animales en los esfuerzos del vómito.» No pasa esto de una mera presuncion, cuyo valor demostrarán los hechos.

Tal es la descripcion de los síntomas de la esofagitis; pudiendo conocer fácilmente cuántas investigaciones son necesarias, para dar á la historia de esta enfermedad la precision apetecible.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El curso de la afeccion es contínuo y rápido; es decir que poco despues de presentarse, adquiere su mayor grado de in-

tensidad, y continúa presentando síntomas bastante marcados. Sin embargo, es preciso tener presente que en los casos en que faltan los síntomas generales, únicamente aparecen en el momento de la deglucion. Tampoco por esto estamos autorizados á decir que la enfermedad es intermitente, pues que siempre existe; únicamente la causa que provoca la aparicion de los síntomas, es la que obra por intervalos mas ó menos largos.

En el mayor número de casos no *dura* la enfermedad mas que un septenario; y en aquellos que termina por supuracion puede prolongarse á mucho mas tiempo, pues vemos en la observacion de Barras, la rotura del absceso y cesacion de los síntomas mas violentos acaecida á los diez y siete dias.

Por lo que toca al modo de *terminar*, puede decirse que en general lo hace por resolucion, siendo casi constante el que se cure. Puede sin embargo el éxito ser infausto; pero siempre se verifica esto habiendo sobrevenido la supuracion y gangrena, cuyo accidente constantemente es mortal. Tambien ocurre algunas veces que los abscesos formados en la parte superior del esófago comprimen la laringe en el mismo punto, en términos de llegar á producir el *edema de la glotis*. Me he ocupado de este punto al hablar de los abscesos de la faringe; así que, me creo escusado de entrar en repeticiones. En ciertos casos no puede en realidad encontrarse mas causa del edema de la glotis que la aproximacion de un absceso esofágico; punto de que he hablado al hacerlo del *edema de la glotis*. Finalmente, puede sobrevenir la *rotura del esófago* á consecuencia de una inflamacion violenta; pero como casi siempre presenta esta algunas particularidades importantes, y además puede depender de diversas causas que la inflamacion simple, la consagraré un artículo separado, aunque reducido á breves palabras.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Han llamado inmediatamente la atencion de los autores la rubicundez é inyeccion de la membrana mucosa. Pero en los recien nacidos es preciso abstenerse, como dice Billard, de confundir con una rubicundez inflamatoria la inyeccion mas ó menos notable que subsiste muchos dias despues del nacimiento. Respecto á lo demas, no olvidemos que para ser un verdadero signo de inflamacion, la rubicundez de la mucosa esofágica, lo mismo que la de otras membranas de la misma especie, debe ir acompañada de otras alteraciones mas ó menos profundas. El reblandecimiento, engrosamiento de una

mucosa, la secrecion mas ó menos abundante de mucosidades espesas, á veces puriémulas, la friabilidad del tejido submucoso y destruccion del epitelium, constituyen todas las alteraciones observadas, que por cierto no se han estudiado suficientemente todavía.

Los *abscesos* existen ordinariamente debajo de la mucosa; tienen casi siempre una mediana estension, y forman prominencia al interior.

Preséntase finalmente la gangrena, ya bajo la forma de escaras limitadas de color de hollin, que se desprenden por colgajos, como en un niño observado por Billard (*loc. cit.*), ó ya ocupando una estension muy grande, y aun todo el esófago, como en un caso estractado por Mondiere, del diario de Leroux, Boyer y Corvisart (vol. 14, pág. 323). Tambien se han mencionado casos de reblandecimiento gelatiniforme del esófago, semejante al de igual naturaleza que se observa en el estómago, y de que luego nos ocuparemos.

§. VI. —Diagnóstico y pronóstico.

Difícil es, atendido el reducido número de casos que poseemos, y sobre todo segun el modo como han sido estudiados, establecer de un modo positivo el diagnóstico de la esofagitis aguda: no dudo que se llegue á conocer la existencia de una afeccion en dicho conducto; pero pudiendo ser este el asiento de diversas lesiones, fácil será confundirlas con la que actualmente nos ocupa. Así creo oportuno dividirle en dos partes; una que se refiere á las *enfermedades situadas fuera del esófago*, y otra que comprende las no *inflamatorias que pueden ocuparle*.

1.° *Enfermedades situadas fuera del esófago.* Encontramos en primer lugar las *afecciones de la tráquea*, que por cierto han sido estudiadas de un modo incompleto, segun dije al ocuparme de su historia (véase tomo 1.°). Puede acontecer que en una lesion de la tráquea (como, por ejemplo, una úlcera situada en la parte posterior, ó sobre el tabique que divide ambos conductos) se presente la disfagia; pero la tos, debida al cosquilleo especial y el dolor en las inspiraciones fuertes, que acompaña á las úlceras de la tráquea, sirven para disipar toda duda. Efectivamente, cuando hay tos en la esofagitis, tiene el carácter de gutural; y además no puede compararse el dolor intenso de la esofagitis en el acto de la deglucion, con el que á veces, en igual circunstancia, se observa en las enfermedades de la tráquea; finalmente, los espasmos y vómitos acabarán de fijar el diagnóstico de ambas lesiones.

En las úlceras de la *parte posterior de la laringe*, y sobre todo en las que ocupan la epiglotis, se observa dolor, disfagia y salida de los líquidos por la nariz; pero al mismo tiempo hay dificultad en la respiracion, sobreviene la tos en el acto de inspirar; y por mas que haya alteracion en la deglucion, nunca sobreviene en un punto del conducto alimenticio aquel dolor intenso, aquel nudo ú obstáculo que acusan los enfermos tan luego como llegan los alimentos y bebidas al punto inflamado.

2.º *Enfermedades situadas en el esófago.* Los autores que han confundido la inflamacion simple y ulcerosa de este conducto, ó bien considerado á la última como una terminacion de la primera, han omitido el diagnóstico de ambas afecciones; pero mas adelante veremos que hay casos en que la úlcera es una enfermedad totalmente diversa de la simple inflamacion, que tiene una gravedad y consecuencias completamente propias, por lo que importa mucho diferenciarlas. No habiéndose estudiado todavía los síntomas de las úlceras del esófago, aplazo este diagnóstico para la historia de aquellas.

Hánse citado tambien casos de *reumatismo de la faringe y esófago*; siendo evidente la dificultad que entonces habrá para formar el diagnóstico. Sabemos en efecto que ciertas inflamaciones poco intensas no van acompañadas de síntomas generales; y casi todo se limita al dolor, segun los casos. ¿Cómo establecer un diagnóstico fundado? Escesivamente reducido es el número de observaciones que poseemos para poder deducir consecuencias positivas. Sin embargo decimos, que si faltando toda especie de reaccion febril, se ejercen las funciones sin ninguna alteracion; y sobre todo despues de la desaparicion de un reumatismo muscular, ó durante su curso, sobreviniese un dolor en el esófago, que se aumentase durante la deglucion, fuese casi insignificante en los intervalos, y mas bien disminuyese que no agravase despues de la ingestion de las primeras porciones de alimento, deberíamos considerar la afeccion mas bien como reumática que no inflamatoria.

El *espasmo del esófago ó esofagismo*, de que me ocuparé mas adelante, presenta tambien algunas dificultades para el diagnóstico; sin embargo, se consigue diferenciarle de la inflamacion teniendo presentes las circunstancias siguientes: sobreviene el verdadero espasmo nervioso, casi siempre en el curso de otras neuroses, y principalmente del histerismo; estando caracterizado por movimientos tumultuosos del esófago, que arroja al contraerse los alimentos y bebidas; pero

nunca presenta aquel dolor intenso, con la particularidad de exacerbarse durante el paso de los alimentos, ni va además acompañado de reaccion febril. Por lo espuesto se vé que el espasmo del esófago no es mas que un síntoma que viene á complicar la inflamacion, ó bien pertenece á una afeccion nerviosa, y que hablando con toda propiedad, no constituye, al menos en la mayor parte de casos, una verdadera enfermedad.

Réstannos algunas afecciones, tales como el *cáncer*, la *estrechez* y *dilatacion* del *esófago*; pero tienen estas muchos mas puntos de contacto con la esofagitis crónica que con la aguda; y por otra parte debemos consignar su diagnóstico luego que tracemos su historia.

Finalmente, se podrá preguntar si es fácil distinguir el *absceso del esófago*, de la inflamacion pura y simple. Los reducidos límites de la afeccion, el sitio del dolor, su rebeldía y permanencia, la repentina detencion de los alimentos en un mismo punto, su inmediata espulsion, pueden hacer sospechar la existencia de un absceso, pero no demostrarle de un modo positivo; si á estos signos se reunen síntomas muy intensos, como en el caso referido por Barras, adquirirán mas valor las probabilidades.

Por lo que toca á la *gangrena*, hemos visto que el abatimiento y pequeñez del pulso, la inercia del esófago, constituian los signos en muchos casos. Respecto al olor del aliento, me refiero á lo que antes espuse. Este último diagnóstico es pues muy incierto en el estado actual de la ciencia.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Caractéres diferenciales de la inflamacion del esófago y úlceras de la tráquea.*

ESOFAGITIS AGUDA.	TRAQUEITIS ULCEROSA.
No hay *tos*, ó es *gutural*.	*Tos* provocada por el cosquilleo.
Respiracion *fácil*.	Respiracion mas ó menos dificultosa.
Dolor muy vivo al pasar el bolo alimenticio.	*Dolor mediano* durante la deglucion.
Espasmos y vómitos.	Falta de estos síntomas.

2.º ***Caractéres diferenciales de la esofagitis aguda y de las úlceras de la parte superior de la laringe.***

ESOFAGITIS AGUDA.	LARINGITIS ULCEROSA.
Respiracion *fácil.*	Respiracion mas ó menos *dificil.*
Tos *poco intensa.*	Tos *mas ó menos intensa*, provocada por la inspiracion.
Dolor *violento.*	Dificultad en la deglucion situada en la laringe; *mas que verdadero dolor.*
Sensacion de un obstáculo en un punto del esófago, á *veces muy bajo.*	Dificultad al *nivel de la laringe.*

3.º ***Signos diferenciales de la esofagitis aguda no febril, y del reumatismo del esófago.***

ESOFAGITIS AGUDA NO FEBRIL.	REUMATISMO DEL ESÓFAGO.
Trastorno en alguna funcion.	Estado *normal* de las mismas.
Subsisten algunos sintomas en los intervalos de la deglucion.	No hay *ninguno.*
El paso de los alimentos y bebidas se hace cada vez *mas doloroso*, á medida que se repite este acto.	Paso de los alimentos mas fácil *despues de los primeros esfuerzos.*

4.º ***Caractéres diferenciales de la esofagitis aguda, y del espasmo del esófago.***

ESOFAGITIS AGUDA.	ESOFAGISMO.
Dolor violento en el acto de la deglucion.	Rara vez *dolor*, y sí simple contraccion tumultuosa.
Movimiento febril *á veces.*	*Nunca* se observa este síntoma.
Sobreviene *en el estado de salud.*	*En el curso de una neurose*, y principalmente el histérico.

5.º ***Caractéres diferenciales de la esofagitis aguda no supurada, y del absceso de la faringe.***

ESOFAGITIS AGUDA NO SUPURADA.	ABSCESOS DE LA FARINGE.
Dolor que ocupa *un espacio mayor ó menor*, á veces todo el conducto.	Dolor limitado *á un corto espacio*, y que subsiste en este punto.
Movimiento febril *nulo ó ligero.*	Movimiento febril, *á veces intenso.*

Estos diversos diagnósticos y principalmente los últimos ofrecen todavía puntos bastante oscuros; siendo preciso que la observacion los ilustre. Los he consignado como espresion de nuestros conocimientos actuales; y no he colocado en el cuadro sinóptico el diagnóstico diferencial de la gangrena del esófago, por parecerme suficiente lo espuesto mas arriba.

Pronóstico. Cuando la enfermedad es poco intensa, su gravedad ofrece el mismo carácter. Los abscesos del esófago concluyen ordinariamente por abrirse en la cavidad de aquel conducto y no tardan en curarse. Ya hemos dicho que la gangrena es siempre mortal.

§. VII.—Tratamiento.

Preciso es consignar que no poseemos ningun dato exacto acerca del tratamiento de esta afeccion. Si los buscamos en los autores antiguos, reina tal confusion en los diversos estados morbosos que producen el *espasmo del esófago*, que nos es imposible elegir con seguridad el tratamiento conveniente á la esofagitis con esclusion del de otras enfermedades; y respecto de los modernos, como no han estudiado con suficiente cuidado el efecto de los medicamentos en los diversos casos sometidos á su observacion, les ha sido imposible deducir consecuencias útiles. J. Franck (*loc. cit.*) ha reunido en un mismo artículo las enfermedades de la faringe y esófago, de modo que es imposible clasificar lo que propiamente pertenece á cada una de ellas. Así que, nos limitaremos á indicar cuanto se ha propuesto, y la conducta que se ha observado en diferentes casos.

Emisiones sanguíneas. Todos los autores han aconsejado la sangría general, prefiriéndose hoy *la del brazo.* Los autores antiguos, comenzando por Celio Aureliano, querian que se hiciese la de las *venas sublinguales*; y F. Hoffmann, citado por Mondiere, recomendaba esta última yendo precedida de la del brazo. Los peligros que acompañan á la abertura de las venas raninas, y la poca seguridad acerca de las ventajas obtenidas, han impelido á los médicos á abandonarla; sin embargo, Janson de Lyon, tambien citado por Mondiere, ha insistido nuevamente en la utilidad de este medio; pero nos faltan los elementos necesarios para apreciar su valor. Por lo que toca á la *sangría del pié*, quedamos en el mismo terreno; así que, debemos recurrir á la del brazo, confesando sin embargo que no nos ha ilustrado la esperiencia suficientemente acerca de su valor.

Tambien se han prescrito las *sangrías locales*, sobre todo

en estos últimos tiempos; igualmente se han recomendado las *ventosas escarificadas*, aplicadas á la parte inferior y lateral del cuello ó bien entre las escápulas. Hildenbrand (*His. Pract. med.*) cree que las ventosas irritando las partes, ofrecen un inconveniente que no compensa el flujo que proporcionan, pero este hecho dista mucho de estar probado. Respecto de Mondiere, no aconseja la aplicacion de las ventosas á las partes laterales y anteriores del cuello: «y »se funda en que es difícil su aplicacion en estos puntos, no »pudiéndose practicar sin producir compresiones que deben »dificultar la respiracion y aumentar los padecimientos del »enfermo.» En todo esto se observa poca exactitud, por lo que queda un vasto campo para nuevas observaciones.

Hánse prescrito las sanguijuelas mas generalmente «aplicando, dice Mondiere, de *doce* á *treinta* sobre las partes laterales del cuello, insistiendo en su uso mientras subsista la inflamacion, ó bien amenace pasar al estado crónico.» En el caso observado por el Dr. Noverre en la Clínica de Lherminier (*Bullet. de la Facult. Méd. de París*, tomo 6.º, 1819) se recurrió á la aplicacion de doce á diez y seis sanguijuelas, repetidas cuatro veces, habiéndose practicado además dos sangrías, una del brazo y otra del pié. El enfermo curó á los diez y siete ó diez y ocho dias de enfermedad.

Aplicaciones esternas. Hánse prescrito comunmente las *cataplasmas emolientes* al rededor del cuello, y las fricciones con un *linimento oleoso opiáda*; por ejemplo el siguiente:

R. Aceite de almendras dulces. . . . 1½ onza.
Láudano de Sydenham. . . . . 4 escrúpulos.

Mézclese. Para untura tres veces al dia.

Usaban tambien los antiguos diversos *emplastos*; pero como no diferenciaban bien los casos, inútil seria citar en este lugar su práctica: y sí me ocuparé al hacerlo del espasmo del esófago. No nos ilustran mucho las observaciones acerca de las ventajas de estos tópicos; así nos limitaremos á concederles una confianza reservada.

Revulsivos y *derivativos.* Los revulsivos, tales como los *sinapismos* y *cantáridas*, aplicados, ya á las partes laterales del cuello, ya á la superior del esternon, ó finalmente, entre las escápulas, ¿son por ventura mas ventajosos? Hé aquí un punto que nos es imposible resolver.

Respecto á los *derivativos*, se han aplicado á la piel y á la mucosa intestinal. En el primer caso los pediluvios *sinapizados*, los *sinapismos* á las piernas y á los muslos se han em-

pleado con especialidad: usáronse estos remedios en el caso citado por el Dr. Noverre. Mas difícil de aplicar es la *derivacion sobre el tubo digestivo*, á causa de lo insuperable de la deglucion, cuando es algo intensa. Tambien se ha recurrido á las enemas estimulantes ó laxantes; pudiéndose prescribir la siguiente:

R. Agua comun. . . . . C. S.
Sal marina. . . . . 4 escrúpulos.

Mézclese.

O bien:
Infusion de hojas de sen. . . . . C. S.
Sulfato de sosa.. . . . . 1/2 onza.

Mézclese.

Apenas tengo necesidad de añadir que el valor de estos medios, por mas que Bleulaud (*de Sanâ et Morb. œsopha. struc.*) afirma haber obtenido muy buenos efectos, á nosotros nos son menos conocidos que los precedentes. Mondiere piensa que conviene usarlos en los casos en que la afeccion amenaza pasar al estado crónico, y entonces si fuesen estos infructuosos, no debemos, segun el autor citado, titubear en la aplicacion de muchos *moxas*, lo mas inmediatamente posible al punto doloroso. La esperiencia sola nos ilustrará acerca del valor de esta proposicion.

Narcóticos. En un caso citado por el Dr. Bodin (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, tomo 5.º, pág. 373) la aplicacion de la morfina sobre un vejigatorio colocado en la parte anterior del cuello, hizo cesar los graves accidentes espasmódicos, que subsistian ya hacia muchos dias; pero como no estamos seguros de que este *espasmo* dependiese de una inflamacion, insistiré acerca de este hecho al ocuparme del *esofagismo*. Todo cuanto podemos decir es, que siendo muy intenso el dolor del esófago, debemos inclinarnos naturalmente al uso de los narcóticos, y como segun hemos dicho, y repetiremos todavía, nos es imposible introducirlos en el canal alimenticio, estamos autorizados á usar el método endérmico.

Tambien pueden usarse los narcóticos mediante las enemas; pudiendo prescribir la siguiente.

R. Cocimiento de malvabisco. C. S. para media enema.
Láudano de Sydenham. . 10 ó 15 gotas.

Se podrá repetir esta lavativa dos veces al dia, disminuyendo la dósis del láudano en los niños, y siempre que no se oponga la susceptibilidad del paciente.

Cuando no esté completamente abolida la deglucion, será mejor administrarlos bajo la forma de pocion. Así se propinará:

R.	Agua de flor de naranjo.	2 onzas.
	— de lechuga.	1 idem.
	Jarabe de goma.	1|2 idem.
	Acetato de morfina..	1|2 grano.

Para tomar dos veces al dia.

Cuando la deglucion, aunque posible, sea demasiado difícil, nos contentaremos con administrar el jarabe de morfina á cucharadas de café, á fin de que el enfermo no haga grandes esfuerzos de deglucion. Puede administrarse dicho jarabe *de siete á ocho dracmas.*

Atemperantes dirigidos sobre la mucosa inflamada. En todos tiempos se ha procurado poner en contacto con el punto enfermo las sustancias atemperantes y emolientes. Hé aquí por qué se han prescrito las tisanas de malvas, malvabisco, cocimiento blanco, mezclados con leche, preparaciones que se mandan tomar en cortas cantidades y tragar con despacio para no escitar los movimientos convulsivos del esófago. Foresto, F. Hoffmann, y en general todos los autores antiguos, concedian una grande importancia á la administracion de los *oleosos* que poseen la doble ventaja de lubrificar la parte enferma y mantener el vientre suelto. Puede propinarse la pocion siguiente:

R.	Aceite de almendras dulces.	1|2 onza.
	Goma tragacanto..	10 granos.
	Jarabe de culantrillo.	1 onza.
	Agua..	2 idem.

Mézclese para tomar á cucharadas.

Algunos han opinado que serian ventajosos los *vahos emolientes* y *narcóticos*; pero en tales casos nunca llega el vapor á la parte afecta, á no ser que esta se halle próxima á la faringe, y aún entonces con suma dificultad.

Pero hemos visto que con bastante frecuencia estaba *completamente abolida la deglucion*, y entonces esperimentaban los enfermos una sed devoradora. Hé aquí un hecho que importa meditar bajo el punto de vista terapéutico. Preciso es economizar entonces al paciente los intensos dolores que sufre cuando pasan las bebidas, y los vómitos espasmódicos que suceden á su ingestion. Así que procuraremos *mitigar la sed* dando al enfermo algunas *rajas de naranja*, agua

acidulada con el *vinagre* ó zumo de limon, ó mejor aún encargándole tenga en la boca un *pedazo de hielo*. Puede conseguirse, hasta cierto punto, el mismo objeto, á beneficio de baños generales, aconsejados ademas por Foresto para calmar la inflamacion.

Otro precepto, recomendado especialmente por Mondiere, consiste en prescribir al enfermo un *completo silencio*, «porque los movimientos de la lengua se propagan al esófago, y concurren á aumentar la inflamacion; por lo demas, añade este práctico, el dolor obliga con frecuencia á los enfermos á guardar silencio, y tal nos sucedió cuando padecimos la faringo-esofagitis.» (*loc. cit.*)

Tratamiento de la esofagitis en los niños de pecho. Creo oportuno indicar aquí lo que á este propósito dice Billard, pues aparecen algunas particularidades dignas de ser conocidas. «Si tenemos bastantes indicios de la existencia de la esofagitis en un niño se pueden, segun el autor citado, aplicar al cuello *dos ó cuatro sanguijuelas* segun la edad. Se le darán tambien las bebidas á la temperatura de la leche; y se cuidará que beba y mame poca cantidad de una vez, siempre que sobrevengan vómitos despues de ejecutarlo; se aplicarán cataplasmas alrededor del cuello; y convendrá mantener una *ligera revulsion* sobre el tubo intestinal á beneficio de los *calomelanos*, ó bien poniéndole cortas enemas de *leche azucarada*.» Necesitamos todavía que la observacion compruebe el valor de este tratamiento que solo se diferencia del de los adultos en las proporciones.

Tratamiento del absceso del esófago. Es sumamente difícil diagnosticar la presencia de un absceso del esófago: sin embargo, las circunstancias anteriormente indicadas (véase pág. 129) y la rebeldía de la enfermedad, nos guiarán y conducirán á emplear un tratamiento directo. Consiste este en la esploracion de dicho *conducto á beneficio de una sonda*. Háse visto en el caso citado antes de ahora (véase pág. 129) y observado por Bourguet, que la esploracion de dicho órgano *con una sonda de cera terminada en forma olivar*, produjo la rotura del absceso desapareciendo la gravedad de los síntomas. No hay inconveniente en imitar este proceder, ya á beneficio de la misma sonda, ya de una esofágica ordinaria. Mondiere dice que llamado en un caso de esta naturaleza, «no titubeó en introducir de vez en cuando una sonda cónica.» ¿Carece este proceder de inconvenientes, y no podria determinar la perforacion del esófago en un punto reblandecido, como naturalmente ha de estar el que es asiento

de la inflamacion? Si queremos echar mano de la sonda cónica, debe siempre precederla una ordinaria, habiendo esta determinado el punto donde sirve de obstáculo el absceso. Hasta tanto que nuevas observaciones decidan esta cuestion, debe considerarse como muy prudente la conducta de Bourguet.

Tratamiento de la gangrena del esófago. Hemos visto que en los casos mas evidentes era consecuencia de la inflamacion. De aquí se deduce que hasta que aquella se presente deben emplearse los remedios capaces de corregir el estado inflamatorio proporcionándolos siempre á la violencia de los síntomas. Pero tan luego como aparece ¿posee el arte remedios especiales para combatirla? He dicho antes de ahora que desgraciadamente no poseemos ningun caso auténticode curacion, cuando se ha apoderado la gangrena del esófago; de modo que solo podemos ocuparnos de su tratamiento de una manera general. Reanimar las fuerzas á beneficio de los tónicos; dirigir los medicamentos por los intestinos para evitar los movimientos de deglucion, y las contracciones que pudieran ocasionar la rotura de dicho conducto; encargar el silencio é inmovilidad, hé aquí la conducta del facultativo en casos tan terribles.

Resúmen y prescripciones. Consisten los principales remedios, segun dijimos mas arriba, en las emisiones sanguíneas, los revulsivos, narcóticos, y las precauciones de que debe rodearse al enfermo; añadamos en este lugar que en los casos leves, tiende la afeccion á curarse, como es fácil convencerse leyendo las observaciones de los autores; así que basta en tales circunstancias el uso de remedios sencillos, tales como los emolientes, y cuantos cuidados acabamos de recomendar. Creo suficientes dos prescripciones para norte de la conducta que se debe guardar segun los casos.

Primera prescripcion.

En un caso de mediana intensidad.

1.° Para bebida, cocimiento ligero de malvabisco dulcificado con el jarabe de goma, y si la sed es muy intensa limonada cítrica poco cargada.
2.° De doce á veinte sanguijuelas aplicadas á las partes laterales del cuello.
3.° Pociones oleosas (véase pág. 139).
4.° Pediluvios sinapizados por la noche.
5.° Dieta, guardar cama y abstenerse de hablar.

Segunda prescripcion.

En un caso de intensidad considerable, estando imposibilitada la deglucion.

1.° Engañar la sed á beneficio de líquidos acidulados y de pedazos de hielo en la boca.
2.° Sangría general de 9 á 12 onzas, repetida si no hay reunion de síntomas.
3.° Aplicacion sobre los lados del cuello ó entre las escápulas de un vejigatorio, cuidando de poner en cada cura de 1/4 á 1/2 grano de hidroclorato de morfina.
O bien una enema con láudano (véase pág. 138).
4.° Baños prolongados.
5.° Dieta absoluta; guardar cama, y silencio absoluto.

No tengo necesidad de reproducir en este lugar, bajo la forma de prescripciones, lo que se ha dicho anteriormente al ocuparnos del tratamiento del absceso y gangrena de la faringe.

Breve resúmen del tratamiento.

Sangrías generales y locales; aplicaciones emolientes y narcóticas; revulsivos; derivativos; calmantes; atemperantes sobre la mucosa afecta.
2.° Cuando sea imposible deglutir, engañar la sed; baños de larga duracion.
3.° *Tratamiento de los abscesos.* Esploracion por la algalia terminada en forma olivar; introduccion de la sonda cónica.
4.° *Tratamiento de la gangrena.* Tónicos: conducir los medicamentos á la mucosa intestinal.

ARTICULO III.

ESOFAGITIS CRÓNICA.

Todos los autores se han ocupado de la esofagitis que se presenta bajo la forma crónica; pero cuando se desciende á examinar los hechos, fácilmente se conoce que sus artículos se referian á la *estrechez del esófago.* De modo que semejante lesion no debe de ningun modo considerarse como una verdadera flegmasía crónica. Pues es, cuando menos, sumamente raro encontrar una estrechez simple de dicho conducto: en razon á que en la mayor parte de casos depende de una enfermedad escirrosa de aquel, y veremos al ocuparnos del *cáncer del estómago,* lo que debe opinarse acerca de

la teoría que admite á la inflamacion crónica como el orígen de las afecciones escirrosas. En segundo lugar, cuando se han visto estrecheces puramente fibrosas, debe considerarse este padecimiento mas bien que inflamatorio, como consecuencia de la inflamacion. Sucede en tales casos lo que dijimos al hablar de las estrecheces de los orificios del corazon: la inflamacion, aunque haya desaparecido, ha dejado en pos de sí huellas indelebles.

De lo espuesto resulta que la inflamacion crónica del esófago es una enfermedad casi desconocida. A continuacion inserto los síntomas que se la han designado, segun algunas consideraciones generales:

Comienza por un *dolor* oscuro persistente, situado, ya hácia la parte inferior del cuello, ya en un punto mas bajo del conducto alimenticio: tambien se observa á veces un dolor pasajero en el fondo de la garganta. Se gradúa mucho este síntoma al pasar los alimentos y en especial los sólidos. Frecuentemente se detienen y tardan mucho en bajar al estómago ó son arrojados por vómito, de lo que resultan trastornos mas ó menos considerables de la digestion: la *pirosis*, *hipo* y *espuicion* abundante de mucosidades filamentosas; sobreviene despues *debilidad* ó *consuncion* notables, hasta que aparecen los fenómenos característicos de la estrechez.

Desde luego se conoce que estos síntomas pueden referirse al principio de la estrechez misma, y sobre todo á la escirrosa; de aquí depende el que cuantos hechos se refieren de esta especie han terminado por una lesion orgánica.

El tratamiento recomendado para esta enfermedad se compone, segun Roche (*Dict. de Méd. et de Chir. prat.* tom. 12, article *OEsophagite*), de los mismos remedios indicados para la *aguda*; solamente es preciso tener mas constancia. «En esta forma, dice dicho autor, es cuando se ob»tienen resultados ventajosos de las *evacuaciones tópicas*, de »los *purgantes*, *vejigatorios* aplicados al trayecto del esófago »y *baños de vapor*. Cuando sean insuficientes estos remedios, »aconseja recurrir á los *moxas*.» Tambien hemos visto mas arriba, que el moxa ha sido recomendado por Mondiere.

No insisto mas, por las razones que acabo de indicar, en el tratamiento de una afeccion que dista mucho de conocerse; siendo preciso que las observaciones relativas á la esofagitis crónica se recojan con cuidado, para disipar las dudas que reinan en este punto.

ARTICULO IV.

ESOFAGITIS ULCEROSA.

Graves dificultades presenta todavía la descripcion de la esofagitis ulcerosa: algunos hechos, faltos en general de detalles, no son á la verdad muy á propósito para consignar una historia circunstanciada de esta afeccion. Encuéntranse algunos entre ellos que pueden referirse á las *úlceras simples del esófago*; otros, y en especial los referidos por J. Franck, parecen en gran parte ejemplos de *cáncer ulcerado*. Así que solo podré emitir algunas consideraciones sobre esta afeccion que necesita ser estudiada con mas cuidado.

Segun Mondiere, «el esófago puede ser asiento de dos especies de úlceras; una que resulta de la alteracion particular de los folículos mucosos, y otra que sucede á un trabajo francamente inflamatorio.» Preciso será añadir ademas segun Franck la úlcera dependiente de la rotura del esófago, y de la que Ziesner (*Rar. OEsoph. Morb.;* in Halleri *Disput. ad Morb. histor. et curat. facient.*, tomo 7.º), nos comunica el siguiente ejemplo: «Encontré, dice, en la cara interna del esófago la abertura de un absceso de la magnitud de una nuez. Resultaba de esta una division de las túnicas, alteracion como si hubiera sido hecha con escalpel, que no dejaba al esterior mas que la túnica esterna, invadida por la gangrena.» A primera vista se conoce que no se trata aquí de una verdadera úlcera, y sí solo de un foco purulento que ha ocasionado la destruccion de las túnicas.

Para admitir la division de Mondiere era preciso haber estudiado los hechos con mas detencion, pues no aparece á primera vista diferencia notable entre las úlceras situadas en los folículos y las demas.

Poco conocidas son las causas de estas lesiones; se sabe que Louis en algunos casos raros ha observado un pequeño número en sugetos que habian muerto de *fiebre amarilla* y *tisis pulmonal*. Billard ha citado dos ejemplos en los *recien-nacidos*, y por ser tan poco conocida esta afeccion, creo oportuno consignar en este lugar hechos tan interesantes.

OBSERVACION.

Enriqueta Felicit, de mes y medio de edad, débil y pálida, habia pasado dos veces á la enfermeria desde su nacimiento, á consecuencia de una diarrea de materias amarillas líquidas, acompañada

de tension abdominal, vómito de las bebidas, poco tiempo despues de tomarlas. Entró en dicha sala por tercera vez el 11 de julio y ofrecia los síntomas siguientes: Palidez general; ligera tension del vientre, aunque bastante compresible; llanto débil pero completo; vómito de las bebidas (*cocimiento de arroz gomoso, cataplasmas al vientre, leche mezclada con agua*). El dia 15 tenia la cara lívida, rehusaba el beber ó bebia muy poco, rompia á llorar cuando se la introducia la cuchara en la boca para obligarla á tragar. Vomitaba sin esfuerzo la leche al mismo tiempo casi de tomarla; y persistia la diarrea. Continuaron estos síntomas desde el 15 al 17, se hizo mayor la palidez de la niña y cayó en marasmo. El 18 facciones contraidas, frente surcada de arrugas, llanto muy débil, piel fria y pulso casi imperceptible. Sobrevino la muerte en la noche del 18 al 19.

Se encontró en la *autopsia*, practicada al dia siguiente, la boca descolorida, inyectada la faringe, el esófago de un color rojo vivo en su tercio superior, á cuyo nivel se hallaba totalmente desprendido el epitelium. Los dos tercios inferiores de este conducto solo ofrecian estrias rubicundas bastante numerosas.

La membrana mucosa del estómago presentaba un color gris ceniciento, y el moco que la cubria era bastante espeso y muy adherente. Se encontraron en la estremidad del ileon ocho chapas foliculosas de color apizarrado y bastante hinchadas. El pulmon izquierdo sano, el derecho ingurgitado, las aberturas fetales semiobliteradas, el cerebro en su estado normal.

Obsérvase que en este caso la enfermedad no era simple, pues el estómago é intestinos ofrecian signos inflamatorios que acaso constituirian la enfermedad principal; iguales advertencias deben hacerse al caso siguiente, consignado por el mismo autor, en el que existian numerosas úlceras en el estómago.

OBSERVACION.

Sofía Taillau, de cinco dias de edad, padecia un edema de las estremidades inferiores, acompañado de rigidez en sus articulaciones, cuando entró en la enfermería el 19 de mayo. Su vagido era difícil y doloroso, la frente muy arrugada; no tenia diarrea, pero vomitaba cuanto tomaba, hasta el agua azucarada que volvia llena de copos albuminiformes y á veces mezclada de materiales amarillentos; la piel estaba fria, y las pulsaciones cardiacas, irregulares y oscuras. Esta niña, alimentada solamente con un poco de agua azucarada y leche aguada, permaneció en el mismo estado por espacio de tres dias; vomitando casi todo lo que se la obligaba á tomar, y ademas arrojando por la boca sin grandes esfuerzos una enorme cantidad de materias muy amarillas é inodoras. Falleció el dia 22.

Encontróse en la abertura del cadáver una capa mucosa sumamente adherida á la lengua, muy inyectada la faringe, y rubicunda

é infiltrada la glotis: hallábase desprendido el epitelium á lo largo del esófago en forma de colgajos, á cuyo nivel se estendia una materia amarillenta, semejante á la que vomitaba la niña. La mucosa esofágica ofrecia al nivel de las partes despojadas de epitelio, un color de carmin muy intenso; y ademas se observaban cerca de donde aquel terminaba algunas estrias negruzcas.

Halláronse en el estómago muchas úlceras foliculosas al nivel de la gran curvatura. El duodeno y yeyuno presentaban una inyeccion en forma de puntos, y á la terminacion del ileon una rubicundez bastante uniforme. Los intestinos gruesos no ofrecian alteracion, y el hígado estaba bastante ingurgitado.

Igual fenómeno se observó en el borde posterior de ambos pulmones; todavía estaba abierto el conducto arterial, y el cerebro completamente sano.

De modo que, segun ambos ejemplos, no puede considerarse la esofagitis simple, en los casos que conocemos, como una afeccion independiente. Lediberder ha observado un caso en el que se hallaban tres úlceras en el esófago, anchas y superficiales, y que habian destruido la membrana mucosa; pero sucedia esto en un individuo atacado de muguet, afeccion general en la mayor parte de casos, segun hemos visto anteriormente, y en la que se observan úlceras en distintos puntos. Por lo que á mí toca (*Cliniq. des Mal. des Enf. nouvnés*, París 1838, pág. 247) nunca he visto úlceras del esófago aun tratándose de niños afectos de muguet.

De lo espuesto se deduce lo difícil que es encontrar casos de esofagitis ulcerosa simple. El siguiente referido por Paletta (*Exercit. pathol.*, *p.* 228; 1820, y traducido por Mondiere (*loc. cit.*) pertenecia á esta clase? El lector podrá decidirlo.

OBSERVACION.

Una jóven campesina de mas de veinte años de edad, bien reglada, fué acometida en el de 1793 de un dolor agudo de garganta, acompañado de dificultad de respirar y sobre todo de tragar. Percibíase la hinchazon sobre las partes laterales de la faringe; y arrojó la enferma con la espectoracion materias redondeadas y purulentas. Fueron aumentando estos fenómenos sucumbiendo al cabo de un mes, despues de haber empleado el mercurio, la escila y una dieta láctea, etc. Hecha la autopsia halló Palletta en la parte anterior del esófago una úlcera estensa gris, que empezaba un poco mas abajo de la laringe y no interesaba mas que la mucosa. Hallábase la muscular hipertrofiada, y la pared posterior sin alteracion alguna.

Para resolver la cuestion que he propuesto mas arriba, es necesario tener noticias mas exactas acerca de los antecedentes, y una descripcion mas circunstanciada de las lesio-

nes anatómicas. Lo cierto es que en todos estos casos siguió la enfermedad su curso agudo, y que si pudiera demostrarse que el virus sifilítico no intervenia en su produccion, fácilmente se las podria considerar como úlceras simples.

Es muy difícil averiguar la frecuencia de las úlceras sifilíticas del esófago; pues los sifiliógrafos no han fijado su atencion en este punto. Marco Aurelio Severino, citado por Lieutaud (*Histor. anatom. Med., lib.* 2, observ. 105) nos dice solamente que la autopsia de muchos muertos á consecuencia del vicio sifilítico ofreció úlceras en el esófago y la tráquea; pero desde luego se nota la vaguedad de estas noticias. Demasiada incuria ha habido en investigar las causas en los casos de úlceras de las diversas cavidades.

Me limito á indicar en este lugar las úlceras producidas por agentes *estimulantes*, *acres*, ó bien una *temperatura elevada*; pues trataremos de las primeras al hacerlo de los envenenamientos. Me circunscribo á demostrar que carecemos de documentos exactos acerca de las causas de la esofagitis ulcerosa. Veamos ahora los síntomas con que se ha descrito, copiándolos de la descripcion de Mondiere (*loc. cit.* pág. 562).

Síntomas. «Los *síntomas* que pueden dar á conocer la existencia de una esofagitis ulcerosa son, segun el autor citado, los mismos que en la simple, con la diferencia de que los *dolores son mas intensos*, en especial durante la deglucion; obsérvanse tambien vómitos de materiales filamentosos, de diverso color, y hasta sanguinolentos. En un caso se notó una gran dificultad, y á veces imposibilidad absoluta de tragar los alimentos sólidos; los líquidos pasaban, con tal que el enfermo tuviese cuidado de tomar cierta cantidad de una vez. Durante los tres últimos meses se observó tambien una salivacion abundante (*Medec. communic.*, t. 1.º) Este último síntoma no deja de ser comun, pero nunca es tan notable como cuando la úlcera ocupa la parte superior del esófago.

»Una enferma, añade Mondiere, de que nos ha hablado un comprofesor, Roboam, y que falleció de una úlcera del esófago situada cerca del cardias, se quejaba durante la enfermedad, que fué por espacio de cuatro meses, de una sensacion como una quemadura que referia á la parte superior de la region epigástrica. Le parecia, segun espresion suya, que tenia continuamente aplicado á esta parte un hierro ardiendo.»

En vista de tal descripcion, los síntomas de la esofagitis ulcerosa no difieren de los de la simple, mas que en el grado

y por la circunstancia de referirse siempre á un mismo punto; de modo que si se añade á esta falta de exactitud en los caractéres diferenciales, la incertidumbre en que nos dejan la mayor parte de las observaciones acerca de la simplicidad de la enfermedad, veremos cuán difícil debe ser formar un *diagnóstico* exacto. De aquí se infiere que no debemos intentar establecerle, hasta tanto que la observacion haya ilustrado este punto.

Relativamente á las *lesiones anatómicas*, solo han sido apreciadas en los casos en que la enfermedad ha podido considerarse como simple ó de naturaleza sifilítica, por el mayor ó menor número de úlceras, su estension mayor ó menor, y la profundidad á que penetraban en las túnicas del esófago. Sin embargo, preciso es decir que en los principales casos de esta especie, la destruccion de los tejidos no se estiende mas allá de la membrana mucosa y tejido sub-mucoso.

Tratamiento. Si á duras penas hemos hecho la descripcion de la esofagitis ulcerosa, naturalmente debe esperarse no encontrar demasiada precision al consignar su *tratamiento.* Claro es que no nos decidiremos á usar con confianza los tópicos irritantes en casos en que el diagnóstico es tan incierto. Efectivamente, ¿cómo podremos decidirnos á aplicar los cáusticos sobre un punto enfermo que asi puede padecer un cáncer como una úlcera simple? Vater (*loc. cit.*) recomendaba poner sobre la parte afecta *linimentos balsámicos á beneficio de una esponja atada á un estilete flexible;* ¿pero no nos espondríamos á producir graves trastornos sobre la superficie ulcerada, por la gran dificultad que hallaríamos en dirigir convenientemente el estilete?

Creo lo mas prudente en tales casos limitarse al uso de los atemperantes, á economizar los movimientos de deglucion, mitigar la sed á beneficio de los medios indicados anteriormente, y calmar los dolores con los *opiados.* Si tuviésemos fundadas razones para creer en la naturaleza sifilítica de la afeccion, nos apresuraríamos á emplear un *tratamiento mercurial,* cuyos buenos efectos no tardaríamos en observar. Los medios que deberian usarse en tales circunstancias no difieren de los indicados mas arriba (artículo *Faringitis ulcerosa*) y únicamente en el caso que ocasionase la deglucion mucho dolor, se recurriria á las fricciones mercuriales.

ARTICULO V.

ESOFAGITIS SEUDO-MEMBRANOSA.

Hemos dicho que en algunos casos, aunque bastante raros, desarrollada una falsa membrana en la faringe podia estenderse al esófago. No deben ocuparnos ahora hechos de esta naturaleza, porque desaparece á no dudarlo la importancia de la lesion del esófago, delante de la que se observa en la faringe y principalmente en la laringe, que casi siempre acompaña al croup. ¿Pero admitiremos, por esto, con Mondiere que nunca existe por sí sola la esofagitis seudo-membranosa? Este autor ha llegado, segun dice, por el atento exámen de hechos de esta clase, á deducir la consecuencia de que la inflamacion específica habia comenzado por la faringe, propagándose desde aquí á la laringe, tráquea y esófago. Encuentro en J. Frank y Schenckius dos hechos que me parecen bastante curiosos, bajo este concepto, para insertarlos en este lugar: empiezo por colocar primero el de Schenckius (*Observ. medic.*, etc., lib. 3, observ. 10).

OBSERVACION.

Un hombre, despues de repetidos escesos, esperimentó por espacio de muchos años dolores de estómago y vómitos pituitosos. Despues de emplear inútilmente gran número de remedios, advirtió notable dificultad de tragar que tambien se prolongó por mucho tiempo. Cuando llegaba el bolo alimenticio á las inmediaciones del estómago, no podia penetrar en él sino á beneficio de la ingestion de un líquido. Lo primero que sintió fué hácia el cardias un cierto ardor (segun espresion suya) durante la digestion. En la época que fué observado, hacia cinco años que vomitaba en diferentes intervalos algunas falsas menbranas lividas y fibrosas, enteramente semejantes á las verdaderas túnicas que forman el conducto alimenticio: ninguna alteracion en los síntomas acompañaba á la espulsion de las falsas membranas. No bastaron para combatir tales accidentes, ni las aguas termales, ni otros muchos remedios; no obstante, jamás le impidieron aquellos entregarse á sus ocupaciones.

¿Existia realmente en este caso una falsa membrana? La descripcion de Schenckius, que habia recogido este hecho de Tomás Mermann, es demasiado exacta para que debamos dudar de ella: y todo nos inclina á creer que se trataba de un caso de *esofagitis seudo-membranosa*. Veamos ahora el que refiere J. Frank (*Praxeos med.*, vol. 1, sect. 2, *de inflam. pharyng. et œsoph*).

OBSERVACION.

Una jóven de diez y ocho años de edad se hallaba enferma hacia doce dias, cuando el médico fué llamado y la halló padeciendo una fiebre que clasificó de *catarral gástrico-nerviosa*. No podia tragar, y tenía vómitos por medio de los cuales espelia seudo-membranas; tambien esperimentaba diarrea. J. Frank creyó al principio que estas falsas membranas eran ascárides lumbricoides muertas; pero despues de un atento exámen reconoció la existencia de esos productos morbosos de nueva formacion: no se observaba ningun signo de croup, pero sí sobrevino poco despues una erupcion de aftas, sucumbiendo la enferma á los tres dias: no fué posible hacer la autopsia.

Pregúntase ahora, si en este caso habria una difteritis que empezando por el esófago se propagase despues á la faringe. Me abstengo de dar mi parecer en este punto, y sí solo he citado ambos hechos para demostrar la necesidad que hay de recoger con exactitud las observaciones de esta clase que podrian ilustrar cuestiones tan oscuras.

Dejo de ocuparme de semejante afeccion, que tan rara vez existe aislada, y á quien en tal estado distamos mucho de conocer. Me limitaré á añadir, respecto el *tratamiento*, que si fuese cosa demostrada la produccion de una falsa membrana en el esófago, deberíamos intentar desde luego su espulsion á beneficio de los *eméticos*, y en particular del *tártaro estibiado*.

ARTICULO VI.

PERFORACION DEL ESÓFAGO.

A la manera que las demas porciones del tubo digestivo, puede perforarse el esófago, resultando diversos accidentes segun la cavidad en que se verifique. Dependiendo generalmente esta lesion de otras mas importantes, y hallándose los accidentes que determina casi fuera de los recursos del arte, no debe tener para los prácticos interés; así que solo diré cuatro palabras acerca de ella.

Causas. Mondiere (*Arch. gén. de Méd.*, tom. 3.º, 2.ª série) pregunta si pueden presentarse en este conducto esas *perforaciones espontáneas* que se observan en el estómago y otros puntos del tubo intestinal, y cuyo carácter es estar hechas como por un saca-bocados, y presentar los bordes cortados á bisel. Para responder á la cuestion que él mismo se propone, añade: «Todavía no conocemos ningun ejemplo, »pues todas las lesiones del esófago, conocidas por los auto-

»res como perforaciones espontáneas, se refieren á no du»darlo á la *gangrena* y *reblandecimiento* de sus paredes.» Tal vez debamos ser menos esclusivos que este autor; porque en una observacion inserta por Bouillaud (*Arch. gén. de Méd.*, tomo 1.º, 1.ª série 1823; *Rupt. de l'œsoph.; Perfor. de l'estomac.*) existia una perforacion del tamaño de una uña, semejante á las espontáneas que se hallan en el estómago, y enteramente diferente de otra algo superior, debida quizás al reblandecimiento.

No encuentro menos fundado decir que son muy raras las perforaciones de esta especie, debiéndose siempre atribuir á las dos causas siguientes: consiste la primera en la presencia de *cuerpos estraños* en el esófago, de lo que resulta la perforacion de dentro á fuera; y la segunda en la aproximacion de un *aneurisma de la aorta* ó de un absceso que perforándole de fuera á dentro derrama en dicho conducto su contenido.

La introduccion de cuerpos estraños en el esófago determina accidentes del dominio esclusivo de la cirugía. Respecto al mecanismo de la perforacion nada es tan sencillo; pues tales cuerpos presentan generalmente asperezas que irritan las membranas de dicho conducto, determinando su inflamacion, y en ocasiones abscesos que comunican desde aquel con la pleura izquierda de quien mas próximo se encuentra.

Relativamente á las perforaciones ocasionadas por la abertura de un aneurisma en este conducto, son harto comunes los casos de esta especie; y Mondiere (*loc. cit.*) ha reunido una gran coleccion de ellos.

Hay finálmente otra causa abonada para ocasionar las perforaciones de afuera á dentro; y es la presencia de una *úlcera de la tráquea* que destruye en un punto el tabique que separa ambos conductos. Andral (*Clin. méd.*) refiere un hecho de esta especie. Y necesario es atribuir á esta clase de lesiones el caso recogido por Leblond (*Rech. sur une espece de Phar. particul. aux enfans*, etc. París, 1824). Denonvilliers tambien ha presentado á la Sociedad anatómica un caso de esta especie.

Los autores que acabo de citar no se han ocupado de las perforaciones consecutivas al *cáncer*. Sin embargo, la ciencia posee algunos ejemplos; y entre otros el que refiere Lieutaud (*Hist. anatóm. medic.*, etc., lib. 2.º, observ. 103), y en el que habia, debajo del cartílago cricoides, una úlcera que comprendia la traquea con muchas cicatrices alrededor é induraciones escirrosas.

Varían los síntomas de tales lesiones con relacion á los

casos; pues si comunica la perforacion con la pleura, se advierte de repente en el acto de la deglucion un *dolor intenso* estendiéndose por el pecho y no tardando en presentarse todos los fenómenos de una pleuresía agudísima. Vamos á observar estos síntomas en el caso de rotura de dicho conducto.

Cuando depende aquella de la abertura de un absceso y son resistentes las paredes esternas del foco, cae el pus en aquel conducto y es arrojado por vómito, siguiéndose un pronto alivio como en los casos de absceso simple.

Siempre que sobrevenga la perforacion á consecuencia de la abertura de un aneurisma en el conducto alimenticio, los síntomas están relacionados con las dimensiones de dicha abertura. Cuando esta es bastante ancha, sobreviene una *horrorosa hematemesis*, y por el contrario si es reducida se presenta un *vómito de sangre tal vez poco abundante*; pero que persistiendo agota las fuerzas y la vida del paciente, ó llega á ensancharse aquella y sobrevienen los fenómenos del primer caso.

Si establece la abertura comunicacion entre el esófago y tráquea, se *dificulta mucho la deglucion*, pues introduciéndose los alimentos y bebidas en las vias respiratorias, determinan una *tos convulsiva* acompañada de *sofocacion*.

Tratamiento. No creo deber estenderme demasiado sobre esta afeccion, limitándome á decir cuatro palabras acerca de su *tratamiento* que no puede ser mas que *paliativo*. Lo que mas agrava los accidentes determinados por la perforacion, es principalmente la introduccion de las sustancias ingeridas en la tráquea ó pleuras; de aquí se deduce que el principal cuidado es procurar conducirlas al estómago manteniéndolas separadas de la abertura accidental. Los únicos medios capaces de satisfacer esta indicacion, se reducen al uso de la *sonda es fágica*, ó *á inyectar en el estómago los alimentos semi-líquidos*; reservándome el indicar cómo debe procederse, al ocuparme de la *estrechez* de dicho conducto.

Los *calmantes* introducidos por el recto, *reposo absoluto* y el mayor *silencio*, son medios que deben emplearse tambien. Forman la base del tratamiento, cuando depende la lesion de la abertura de un aneurisma, los *tópicos astringentes*, una *dieta severa* y el *reposo absoluto*.

ARTICULO VII.

ROTURA DEL ESÓFAGO.

Difiere la rotura del esófago de su perforacion, en que las paredes de dicho conducto se desgarran de *repente* en la primera; pero no es circunstancia precisa que no exista una alteracion prévia en su tejido, como opina Boyer (*Trait. des Mal. chir.*, 4.ª edit., 1831, tomo 7.º, pág. 154), pues de los hechos recogidos por Mondiere se deduce que el *reblandecimiento*, sobre todo el *gelatiniforme* de las paredes, precede ordinariamente á la rotura. Los dos hechos mas notables que conocemos, han sido extractados de las obras de Boerhaave y Bouillaud. El primero se halla inserto en todos los libros; pero el segundo está descrito detalladamente en la Memoria de Bouillaud acerca de la rotura del esófago, perforacion y desgarradura del estómago (*loc. cit.*, pág. 531).

Considerada la gravedad de la afeccion de que tratamos, y lo difícil que seria con el reducido número de hechos que poseemos, describir sus caractéres generales, creo mas oportuno insertar ambas observaciones. Así que, voy á presentar desde luego el análisis de la primera segun lo hizo Boyer.

OBSERVACION.

El baron Vassenaer, gran almirante de la república de Holanda, de una constitucion robusta, pero sujeto á ataques de gota, se habia habituado á tomar como vomitivos la ipecacuana y una infusion de cardo santo, con el objeto de librarse de la incomodidad de un peso que sentia hácia el orificio superior del estómago, siempre que se escedia en los placeres de la mesa, que por cierto era bastante á menudo. Tan bien le probaba este método, que fueron inútiles cuantas reflexiones se le hicieron en contra.

Una tarde, despues de una comida abundante, notando que tardaba bastante en producirle efecto la dósis de su emético, escitó el vómito tomando gran cantidad de su infusion favorita y entregándose á estraordinarios esfuerzos. De repente esperimenta un dolor terrible, quejándose de que se le habia roto ó separado alguna cosa hácia la parte superior del estómago; que se le habian desencajado las vísceras del pecho y no tardaria mucho en sucumbir. Este hombre que habia sufrido siempre con un valor verdaderamente heróico los ataques de gota, gritaba y se revolcaba por el suelo. El sudor frio, la pequeñez y concentracion del pulso, palidez del rostro y estremidades indicaban bien el esceso de sus padecimientos. Conducido á la cama no podia estar mas que de pié, sostenido por tres hombres y muy encorvado hácia adelante; cualquiera otra po-

sicion ó el menor movimiento exacerbaban sus dolores. En tal estado tomó cerca de una libra de aceite de olivas y de una cerveza medicinal, que no hicieron mas que aumentar los accidentes. Llegó su médico al cabo de una hora y prescribió una bebida atemperante y fomentos emolientes y anodinos. Llamado en seguida Boerhaave, añadió, conformándose con el otro, pociones calmantes, sangrías, enemas, etc., en la persuasion que todos estos síntomas dependian de una contraccion espasmódica del estómago; conjetura tanto mas verosímil cuanto que se advertia la elevacion del epigastrio, y que despues de haber tomado el enfermo una cantidad considerable de bebida, no pudo escretar mas que algunas gotas de orina crasa y muy olorosa.

Todo fué inútil; el pulso se debilitó sin ser regular, la respiracion se hizo cada vez mas difícil y frecuente, sucumbiendo el enfermo al cabo de cerca de diez y ocho horas de tormentos indecibles.

Boerhaave hizo la autopsia cadavérica.

Halló al peritóneo, estómago é intestinos distendidos por una gran coleccion de gases; solo encontró en el estómago una pequeña cantidad de los líquidos que habia tragado el enfermo. La vejiga estaba vacía y tan contraida sobre sí misma, que casi formaba una masa sólida. Respecto á las demas vísceras abdominales y al diafragma, no ofrecieron cosa digna de notarse.

La cavidad del pecho contenia una gran cantidad de aire que salió con mucha fuerza, produciendo una especie de silbido tan luego como se abrió la pleura. Los pulmones deprimidos, incoloros, nadando en un líquido semejante al que se habia observado en el estómago; se estrajeron de ambas cavidades ciento cuatro onzas (peso de Holanda.) En la izquierda se veia á tres traveses de dedo del diafragma una especie de tumor de tres pulgadas de diámetro, formado por un tejido celular flojo y como insuflado, en el que se notaba una abertura de pulgada y media de larga y tres líneas de ancha. Observábase en el interior de esta dilatacion al esófago dividido totalmente en direccion transversal, separadas y retraidas ambas estremidades sobre sus respectivas adherencias. Las mas esquisitas diligencias no demostraron úlcera ni erosion de dicho órgano.

Desde luego se observa cuán contraindicadas estaban en este caso las bebidas que tomó el enfermo y las pociones administradas por Boerhaave. Volveré pronto á presentar algunas consideraciones generales respecto á este punto; pero antes preciso será insertar el caso recogido por Bouillaud.

OBSERVACION.

Parechaut (Pedro-Luis) de veinte años de edad, constitucion robusta, aunque pálido y nervioso, sujeto á temblores musculares y padeciendo desde la edad de ocho años una otorrea purulenta en el lado derecho, entró en el hospital Cochin el 8 de marzo de 1832.

Hacia mes y medio que padecia del estómago, especialmente des-

pues de comer y por la noche; pero no habia hecho cama hasta cuatro dias antes de su entrada en el hospital, en cuyo momento presentaba los síntomas siguientes: lengua ligeramente rubicunda, bastante húmeda, anorexia, sed; region epigástrica caliente y dolorida, astriccion de vientre; pulso vivo y frecuente, calosfrios pasajeros; cefalalgia supra-orbitaria, quebrantamiento de huesos, sueño frecuentemente interrumpido por la noche (*agua de goma dulcificada, treinta sanguijuelas al epigastrio, enemas, dieta*). Habiéndose aliviado bastante, se le permitió un caldo por la tarde, y tuvo por primera vez desde el principio de su enfermedad un vómito.

El dia siguiente, 9 de marzo, se presentaba el pulso duro, frecuente y dilatado (*una sangria del brazo*). En los dias 10, 11 y 12, continuaron los vómitos y el pulso se mantuvo lleno, fuerte y algo frecuente.

El 13 por la mañana temblor: habiendo querido levantarse vacilaba y no podia sostenerse; perdió la palabra, y balbuceaba algunas palabras ininteligibles. Comisura izquierda retraida un poco hácia arriba y afuera, imposibilidad de agarrar los objetos con la mano derecha, pupilas dilatadas, movibles, y mirada espantada (*sangria del brazo, enema laxante*).

El 14 epistaxis; oye las preguntas, pero no puede responder, se impacienta, agita y revuelca, tapándose con las cubiertas de la cama (*sangria del pié, cantárida detrás de la oreja derecha, cuyo flujo se ha suspendido*).

El 15 alternativas de agitacion y soñolencia, suspiros y quejidos frecuentes, latidos del corazon fuertes, y piel caliente.

El 17 se obstinó en estar echado del lado derecho; me apretó fuertemente con la mano que estaba paralizada (la derecha) por lo demas ninguna respuesta, profundos suspiros y grandes esfuerzos para defecar en la cama.

El 18 pérdida absoluta de conocimiento, cara contraida, pupilas dilatadas é inmóviles, pulso muy frecuente, ciento cincuenta pulsaciones; estertor mucoso muy sonoro; no se observaba deviacion en los labios. Muerte á las nueve de la mañana.

Autopsia cadavérica veinte y cuatro horas despues del fallecimiento.

1.° *Hábito esterior.* Rigidez cadavérica muy pronunciada.

2.° *Cabeza.* Inyeccion de las meninges, ventrículos laterales distendidos por una gran coleccion de serosidad turbia lactescente, tejido cerebral algo reblandecido.

3.° *Pecho.* Salieron gran cantidad de gases luego que se abrió el lado izquierdo de esta cavidad; el pulmon correspondiente estaba deprimido; contenia la cavidad de la pleura en su parte anterior cerca de dos vasos de un líquido de color rojo oscuro; dicha membrana estaba muy inyectada y presentaba manchas de un rojo subido. El esófago un poco mas arriba del cardias y hácia la izquierda ofrecia una perforacion del tamaño de la uña, y un poco mas ar-

riba una desgarradura de pulgada y media de longitud, y por la que habia caido en el lado izquierdo el líquido de que hace poco hablamos, y que no era mas que una parte del que contenia el estómago, mezclado con sangre.

4.° *Abdómen.* Luego que se abrieron sus paredes salió cierta cantidad de líquido derramado en la cavidad peritoneal. Presentaba el estómago en su region esplénica cuatro perforaciones colocadas en la forma de un paralelógramo; la mayor de media pulgada y las otras proporcionalmente mas pequeñas; la membrana mucosa ulcerada en mayor estension que la serosa, que mas bien parecia rasgada; de aquí resultaba el corte en bisel de las perforaciones. En lo demas se observaba la mucosa gástrica rubicunda é inyectada. La porcion de peritoneo que se hallaba en contacto con el líquido derramado, estaba muy inyectada; tambien ofrecian igual alteracion las mucosas del intestino delgado, ciego y colon, en lo demas se presentaban sanas: el conducto auditivo esterno y el oido interno cubiertos de una materia purulenta y poco abundante.

Aunque en esta segunda observacion no se ha fijado tan bien la época en que se verificó la rotura como en la primera, á causa de las circunstancias en que se hallaba el enfermo, debemos, atendidas las apariencias, referirla al momento en que esperimentó el temblor y los demas síntomas nerviosos, y en la que se suprimieron los vómitos. Sin embargo, como existian al mismo tiempo las *perforaciones del estómago*, debemos pronunciar nuestro juicio con mucha reserva, pues la peritonitis provocada por el derrame de líquidos en la cavidad peritoneal, pudo muy bien dar orígen á tales fenómenos.

Por lo espuesto se ve que con tan reducido número de hechos nos engañaríamos mucho si quisiéramos presentar una historia completa de la rotura del esófago; pero los ejemplos anteriores son suficientes (sobre todo reuniéndoles los casos de perforacion del peritóneo que determinan síntomas análogos) para indicarnos lo que sigue: Si en un sugeto afecto de dolor mas ó menos fuerte en el conducto esofágico, y de trastornos mas ó menos notables en la deglucion, sobreviene de *repente* durante un esfuerzo un dolor que se *estiende instantáneamente* á la cavidad de la pleura, y acompañado de síntomas graves, como son temblores, frialdad en las estremidades, retraccion de los miembros hácia el tronco, tendencia á envolverse en las mantas; ó bien una estremada agitacion y ansiedad notable, frecuencia y pequeñez de pulso, inclinacion del cuerpo hácia adelante, no debemos titubear en clasificarla de una rotura del esófago. Diagnóstico que será mas evidente si no ha podido por una parte reconocerse nin-

guna lesion del pulmon que haya determinado su perforacion, como (*gangrena*, *apoplejía pulmonal*, *tubérculos*), y por otra si puede comprobarse que la aparicion de tales fenómenos, ha coincidido con el *acto de la deglucion* ó un *violento esfuerzo para provocar*.

Creo escusado decir lo grave que es esta afeccion; pues la rapidez con que sobrevino la muerte en el caso de Boerhaave es un testimonio irrecusable de tan triste verdad.

Respecto á las *lesiones anatómicas* ya queda consignado que constituia el carácter de la rotura del esófago una solucion de continuidad de forma oblonga, irregular y de bordes desgarrados. En algunos casos se han visto los tejidos inmediatos á la rasgadura, blandos y presentando esa alteracion particular que se conoce con el nombre de *reblandecimiento gelatiniforme*. Blandin refiere dos hechos notables (*Dict. de Méd. et de chir. prat.*, tomo 12). Opina Mondiere que en el mayor número de casos precede esta lesion preparatoria á la rotura del esófago.

En una de las dos pleuras es donde se verifica el derrame de las sustancias ingeridas: así se encuentra en sus cavidades un líquido semejante á las bebidas tomadas por el enfermo; líquido que puede estar mezclado con sangre como en el caso citado por Bouillaud. Ademas se observan, en las cavidades serosas, falsas membranas que caracterizan la intensa inflamacion producida por el derrame. En los casos referidos por Blandin, penetraron los líquidos hasta el *mediastino posterior*.

Tratamiento. Inútil seria cuanto acabamos de esponer acerca de la rotura del esófago, si no pudiéramos deducir algunas consecuencias para cuando se presente al médico tan terrible fenómeno. Pero reflexionando se verá que si en atencion al reducido número de observaciones que tenemos, no es fácil conseguir un resultado completo; sin embargo, podemos ahorrar al enfermo dolores insoportables y aun darle alguna seguridad respecto á su salud.

En la observacion citada por Boerhaave, hubo despues del accidente una ingestion abundante de líquidos; de modo que atravesando aquellos la solucion de continuidad, pasaban á irritar la pleura y aumentar la gravedad de la lesion. Pues bien, si creyésemos observar una rotura del esófago, seria necesario aconsejar primeramente *abstinencia completa en las bebidas*, limitándose á *mitigar la sed* humedeciendo la boca con los *acídulos* ó derritiendo en ella *pedacitos de hielo*. Cuando ya se hubiese hecho uso de algunos líquidos, el exá-

men del estómago y pleuras daria á conocer si convendria suspenderlos; pues el derrame de la pleura se reconoce por la auscultacion y percusion, y la vaciedad del estómago por la última.

Débese en tales casos intentar el *cateterismo del esófago*, á fin de introducir las bebidas en el estómago, y aun los alimentos líquidos si se creyese conveniente. Uno de los mayores peligros de esta operacion consiste en que puede penetrar la sonda en la pleura al través de la solucion de continuidad. Los medios de diagnóstico que he espuesto, bastan para demostrar si se ha abierto este camino falso. De todos modos debe empezarse por inyectar una corta cantidad de un líquido mucilaginoso; y si se notase un aumento del sonido macizo en la cavidad de la pleura, permaneciendo vacío el estómago; si se agravase el dolor de costado, nos apresuraríamos á retirar la sonda para hacerla tomar otro camino; y finalmente si fuesen los obstáculos insuperables, deberíamos suspender toda tentativa. Es verdad que para practicar este cateterismo solo emplearemos una *sonda de goma elástica*.

Varía despues el tratamiento, segun que haya ó no tenido éxito dicha tentativa. En el primer caso se conducirán los medicamentos al estómago por medio de la sonda; y en el segundo nos valdremos de las enemas para introducirlos en el tubo intestinal.

Fáltanos la sancion de la esperiencia para saber los medios que merecen preferirse. Pero si apelamos á la analogía, y aplicamos á la rotura del esófago lo que se usa en los casos de peritonitis agudísima consecutiva á una perforacion, debemos concluir que pertenece á los opiados el primer lugar. Veremos efectivamente en el artículo *peritonitis* que Graves y Stokes han obtenido en esta última enfermedad grandes ventajas de la administracion del *láudano* á dósis altas. Asi se prescribirán *veinte*, *treinta* y hasta *cuarenta gotas de láudano* en una pocion, para tomar una cucharada cada media hora, aplicando al pecho grandes *cataplasmas laudanizadas*.

Cuando sea imposible conducir el medicamento al estómago á beneficio de la sonda, preciso es, repito, introducirle en los intestinos elevando mucho la dósis; así que *treinta, cuarenta ó cincuenta gotas de láudano* en una enema por mañana y tarde satisfarán esta indicacion. No debemos, á la verdad, temer el narcotismo que puede ocasionar este tratamiento, pues son tan terribles los fenómenos de la enferme-

dad, que bien le podemos considerar como el menor de los accidentes.

En circunstancias análogas á las que nos ocupan, emplearemos los rubefacientes á las estremidades, con el objeto de producir una escitacion general en la economía, y determinar una derivacion: con este fin se emplean las *cataplasmas sinapizadas*, los *sinapismos*, y una temperatura elevada: pero entiéndase que estos medios son simples ayudantes, cuyo valor real nos es desconocido.

Finalmente, es casi inútil decir que el enfermo debe guardar un *silencio completo*, y el mayor *reposo*. Cualquier movimiento podia agravarle notablemente; así que el médico debe de cuidar que no haga ninguno, para lo cual convendrá mantener el *vientre suelto* y obligarle á que permanezca en cama, siempre en una posicion.

No podemos presentar á la esperiencia como garante de este tratamiento; sin embargo se concibe que si se hubieran tomado las precauciones precedentes en el caso citado por Boerhaave, reducida la lesion á ser enteramente local, tal vez se hubiera conseguido la cicatrizacion. Importaba mucho ventilar estas proposiciones; porque si bien es verdad que el médico debe tratar de conocer las enfermedades que mas comunmente se le presentan en la práctica, no por eso puede descuidar el estudio de accidentes tan terribles, para cuyo alivio es fácil sea llamado, y que exigen un conocimiento exacto de la enfermedad, y una determinacion pronta en la eleccion de los medios con que debe combatirla.

ARTICULO VIII.

CÁNCER DEL ESÓFAGO.

El cáncer del esófago no se ha estudiado de una manera especial. La mayor parte de los autores le han colocado en la *disfagia por causa orgánica*; segun lo hizo Boyer (*Traité des Mal. chir.*, t. 7.º, p. 169) *ó en la estrechez del conducto alimenticio*. Sin embargo, la ciencia posee un gran número de observaciones que se refieren al *escirro ó tejido encefaloides* del esófago. En esta especie de afecciones es, precisamente, donde deben colocarse las *carnosidades* de que habla Galeno (*De Sympt. caus.*, lib. 3, cap. 2), las *carúnculas* procedentes de las úlceras esofágicas descritas por Sylvio, y á no dudarlo algunos pólipos de que se han ocupado sus sucesores. Lieutaud ha reunido muchos casos copiados de diver-

sos autores, descritos bajo el nombre de OEsophagus scirrhosus. Finalmente, en estos últimos tiempos, Cruveilhier y otros han presentado muchos hechos de esta especie.

Sin embargo, preciso es decir que el cáncer del esófago es una enfermedad bastante *rara;* sobre todo infinitamente menos comun que el del estómago; pues si consultamos un cuadro presentado á la Academia de ciencias por Tanchou, vemos que en 9118 casos de cáncer, habia 2303 que se referian al estómago, y 13 solamente al esófago. Aunque este resultado no sea completamente exacto, pues está tomado de los registros de mortandad de la ciudad de París, en los que no están bien determinadas las causas de la muerte, sin embargo es un hecho notable la singular diferencia en el cáncer de ambos órganos.

Causas. Poco me detendré en el estudio de las *causas* de esta enfermedad, pues es cuestion que reproduciré al ocuparme del *cáncer del estómago*, donde lo haré con mas detencion. Solo diré ahora que casi siempre se ha observado en *épocas bastante adelantadas de la vida*, y que sin embargo éste, como los demas cánceres, muchas veces se presenta antes de la vejez, pues Lieutaud cita dos ejemplos, en los que los sugetos no pasaban de treinta y cinco años. No se han hecho suficientes investigaciones acerca de la influencia del sexo en el desarrollo del cáncer del esófago, y únicamente, segun consideraciones generales, podemos sentar que es mas comun en los hombres.

J. Frank ha visto, entre los sugetos sometidos á su observacion, muchos que en su juventud habian padecido *escrófulas;* otros enfermedades *artríticas* en la edad viril; muchos esperimentado grandes privaciones, y no pocos eran sumamente *aficionados á los alcohólicos.* Sensible es que tales investigaciones necesiten reiterarse bajo otras bases, para que merezcan alguna confianza. Háse citado (*The. Lond. medic. Reposit.*, 1818, nov.) un ejemplo de *herencia.* Tratábase de una mujer afectada de escirro del esófago, cuya madre y hermana habian sucumbido de la misma afeccion. Este hecho solo sirve para dar algunos indicios sobre semejante causa predisponente.

Síntomas. Los síntomas del cáncer del esófago solo se han estudiado, cuando ya estaba completamente desarrollada la afeccion: así que el *principio* no se ha descrito sino de un modo imperfecto; razon por la que solo podremos determinar esta época de un modo vago. Empieza en el mayor número de casos por una *sensacion* mas bien de *dificultad* que de

dolor; fenómeno que se refiere á un punto del esófago que pueden los enfermos indicar con su dedo. El subsistir este síntoma en un punto limitado, indica el *asiento del mal*. Segun algunos autores, pero no con arreglo á una exacta estadística de hechos, el paraje que pudiera llamarse de eleccion, es la parte inferior de dicho conducto. Aparece no obstante algunas veces en la reunion de la faringe y esófago, y Baillie ha visto uno que ocupaba todo el órgano (*Anatom. pathol.*); y aun se han observado casos en que se hallaban invadidos á la vez la faringe y esófago.

La molestia que há poco indicamos, no tarda mucho en ir acompañada de *disfágia* mas ó menos considerable: fenómeno que resalta mas al deglutir los sólidos. Preciso es, para que puedan pasar los alimentos, masticarlos por mucho tiempo, y á pesar de esta precaucion esperimentan los enfermos una especie de obstáculo en el punto que antes mencionamos; no obstante, todavía se ingieren los líquidos con facilidad.

Tales síntomas se refieren á una *estrechez* ocasionada por el tumor canceroso, lesion que no ha llegado en estos casos á su mas alto grado. Permanecen estacionarios por un espacio de tiempo bastante variable; y aun se los ha visto subsistir por muchos años. Pero generalmente se hacen cada dia mas manifiestos, lo que indica los progresos de la estrechez; y tan luego como esta ha adquirido mucho desarrollo, se hace muy difícil y hasta imposible la deglucion de los líquidos. Se asocia entonces á los síntomas presentes otro fenómeno, sobre el que Michaelis ha llamado particularmente la atencion (*Dissertatio de vomitu ex æsophagi glandula scirrhosa*, 1770) hablo del *vómito*. Dicho fenómeno aparece, ya inmediatamente, ya algun tiempo despues de la ingestion, Cruveilhier ha observado un caso en que los alimentos y bebidas se retenian por muchos dias y luego eran espelidos por vómito en gran abundancia: en tales casos existe una dilatacion considerable encima de la estrechez. Farquharson (Mem. de la Soc. de Lond., vol. 2) que ha visto casos en que los alimentos eran retenidos por espacio de muchas horas, ha demostrado que esperimentaba entonces el enfermo una sensacion de plenitud y un *dolor* violento en el pecho y espalda. Compónese la materia de los vómitos de las bebidas mezcladas con mucosidades mas ó menos abundantes, en las que nadan los alimentos poco ó nada elaborados.

En una época mas adelantada de la afeccion, la molestia de que antes hablamos se convierte en un dolor permanente, mas ó menos intenso, y que aumenta muchísimo

durante la ingestion de los líquidos, y principalmente de los sólidos. Háse atribuido este cambio á la ulceracion de los tumores carcinomatosos; y entonces es precisamente cuando mas pronto aparecen los vómitos, aunque en ocasiones ocurren ciertas modificaciones en la lesion del esófago que pueden contribuir á que se retengan los alimentos. Tal era el caso citado por Moutard-Martin (*Biblioth. méd.*, t. 34) en el que habiendo producido la úlcera una gran cavidad en el tejido pulmonal, se acumulaban las sustancias ingeridas en esta especie de bolsa preternatural.

Cuando se ulcera el cáncer es, segun los autores, la época en que se verifican las *hemorragias copiosas del esófago*: sin embargo, este hecho necesita ser estudiado mas minuciosamente.

J. Frank (*Prax. med.*, etc., pars. 3, vol. 1, sect. 2) dice que comprimiendo sobre los lados y detrás de la traquearteria, ha podido algunas veces reconocer en la parte inferior del cuello el infarto é induracion escirrosa del esófago; pero existe un medio de esploracion que sirve para diagnosticar de una manera segura su presencia en el conducto alimenticio, y es el *cateterismo del esófago*: cuando llega la sonda á cierta altura se encuentra detenida; y si se halla el cáncer ulcerado, puede traer en su punta la *materia saniosa* que cubre la solucion de continuidad.

Mientras se observan estos *síntomas locales*, aparecen los *generales* que ilustran mucho al médico acerca de la naturaleza de la afeccion. Arrojados los alimentos poco despues de su ingestion, ó detenidos en un receptáculo inhábil para elaborarlos, sobreviene necesariamente un rápido *deterioro*; el *enflaquecimiento* progresa rápidamente desde que se dificulta la deglucion; pronto le sucede la debilidad y un *abatimiento* notable: finalmente siguen todos los síntomas del cáncer, *color amarillo de paja*, *térreo*, *pos racion*, *marasmo*, *fiebre lenta*, etc., fenómenos que subsisten hasta el último momento.

Al esponer los síntomas he trazado el *curso* de la enfermedad: de desear era que apoyados en las observaciones pudiéramos indicarle con mas exactitud; pero es trabajo que aun no se ha empezado; así que solo nos es lícito decir, por punto general, que su *duracion* es larga. Tambien se ha observado algunas veces que despues de subsistir por mucho tiempo, progresa repentinamente con suma rapidez; fenómeno dependiente de la úlcera. Respecto á la *terminacion*, es constantemente mortal.

Varían mucho las *alteraciones anatómicas*, pues á veces

se encuentran tumores de naturaleza escirrosa de un blanco anacarado, duros, que rechinan al cortarlos y ocupan, segun los ejemplos observados por Mondiere, el espacio intermedio entre las diversas túnicas del esófago: en otras ocasiones se ha visto infiltrada la materia cancerosa, dispuesta en forma de capas y rodeando las paredes en una estension mayor ó menor; finalmente, algunas veces se observan botones cancerosos, blandos, en especial en ciertos puntos infiltrados de una sustancia lactescente, de color blanco rojizo y con todos los caractéres del cáncer encefaloideo. Hállanse entonces mas ó menos confundidas las túnicas del órgano al nivel de esta alteracion, y aumentadas de espesor las partes inmediatas, así como por ejemplo las fibras musculares tienen un volúmen doble ó triple del natural. La ulceracion que sobreviene en estos tejidos los destruye mas ó medos profundamente; pudiendo originarse perforaciones que establezcan comunicacion entre el esófago y las cavidades inmediatas, ó que formen bolsas accidentales como el caso citado por Moutard-Martin. La dilatacion de la parte superior del esófago, junto con el engrosamiento de sus membranas, dependen de la estrechez ú obliteracion ocasionada por el cáncer. La porcion inferior á la lesion, esperimenta por el contrario, rehaciéndose sobre sí misma, una disminucion de calibre que varía segun los casos.

Apóyase el *diagnóstico* de esta enfermedad en el exámen de los síntomas locales y generales; y principalmente de los primeros se deduce el diagnóstico diferencial entre el cáncer del esófago y la constriccion espasmódica ó *esofagismo*. En *este* se presentan todos los fenómenos de un modo repentino, y luego adquieren su mayor intensidad, en términos que existiendo desde el primer dia un obstáculo á la deglucion, las sustancias son arrojadas por vómito. Cuando la constriccion no ha llegado á su mayor desarrollo, la deglucion puede verificarse completamente, aunque con alguna dificultad: ademas existen otros fenómenos nerviosos, tales como síntomas histéricos que ilustran mucho acerca de la naturaleza de la afeccion. Hemos dicho por el contrario que los primeros signos del *cáncer del esófago* consistian en una molestia que siempre referian los enfermos á un mismo punto, y en la dificultad ó lentitud de la deglucion de alimentos sólidos; no existiendo ningun fenómeno nervioso.

La *estrechez* orgánica del esófago de *naturaleza no cancerosa*, es fácil que haya sido supuesta por los autores que no han investigado con bastante cuidado si existia un cáncer.

Todos los ejemplos auténticos de esta especie de afeccion pueden referirse á la alteracion que determina la presencia de un cuerpo estraño, ó á la ingestion de sustancias cáusticas, principalmente ácidas, segun opinan muchos autores, y entre todos Bayle que refiere un hecho notable. Ademas, los síntomas de consuncion están relacionados con la dificultad de ingerir los alimentos, de lo que resulta que no deben aparecer tan pronto como dijimos mas arriba los que indican la caquexia. Ademas la importancia de este diagnóstico me obliga á ocuparme nuevamente de él, al hacer la historia de las estrecheces del esófago.

Creo inoportuno dar un cuadro sinóptico de un diagnóstico tan poco complicado, como poco estudiado.

Tratamiento. Lo dicho acerca del *término* constantemente infausto de la enfermedad, prueba que su *tratamiento* debe ser simplemente paliativo. Sin embargo, pues que de él depende que se retarde la muerte y ademas se proporcione al enfermo algun alivio, justo será digamos cuatro palabras.

La primera indicacion que debemos satisfacer, consiste en la fácil introduccion de las bebidas y alimentos en el estómago, oponiéndonos de paso á los progresos de la estrechez. Para llenarla emplearemos el *cateterismo del esófago:* mas adelante indicaré el modo de practicarle, y solo diré ahora el sumo cuidado con que es preciso proceder, pues hallándose las partes desfiguradas, es fácil dañar los tejidos ya enfermos y determinar una ulceracion que progrese con rapidez. Cuando se ha llegado á superar el obstáculo é introducir la sonda en el estómago, nos valemos de ella para inyectar alimentos *semi-líquidos,* y ademas, aumentando gradualmente el diámetro de las sondas, ensanchar la estrechez. Para conseguir la dilatacion se deja colocado dicho instrumento todo el tiempo que pueda soportarle el enfermo; pero sucede con frecuencia que es tan molesto que se necesita sacarle inmediatamente despues de la ingestion de los líquidos alimenticios para proceder de nuevo al cateterismo. Otras veces pasan muchas horas sin que sea necesario quitar la sonda.

Preciso es no hacerse ilusiones acerca de la eficacia bien insignificante de este medio, pues por mas que nos empeñemos, la enfermedad progresa de dia en dia hasta llegar á imposibilitar su aplicacion. Por esta causa muchos autores se han opuesto á este modo de combatir las estrecheces cancerosas.

Siguen inmediatamente los remedios directos del cáncer;

el extracto de cicuta, la *belladona*, los *antimoniales* y las *preparaciones mercuriales*: medios de que ordinariamente se echa mano; aunque no hay un hecho bien demostrado que garantice su eficacia.

Tambien se han preconizado las *fricciones mercuriales* sobre el pecho, los *cauterios* y *moxas*; pero careciendo de un valor verdadero y ocasionando los últimos al enfermo dolores inútiles, debo limitarme á su sola indicacion.

Finalmente hállanse en el catálogo de los remedios las *bebidas mucilaginosas* y líquidos oleosos; en una palabra, las sustancias mas á propósito para lubrificar el esófago y facilitar el paso de los alimentos cuando no ha llegado á imposibilitarse completamente la deglucion.

Si no podemos proporcionar al enfermo el alimento por la parte superior de las vias digestivas, se practica por el recto á beneficio de enemas compuestas de sustancias nutritivas como los *caldos*, las *yemas de huevo batidas*, etc.; pero este triste y último recurso, pronto llega á ser inútil y el enfermo sucumbe marasmódico.

ARTICULO IX.

Solo diré cuatro palabras acerca de estas lesiones de que la ciencia posee algunos hechos mas notables. Despues de observarse síntomas de disfagia semejantes á los que hemos consignado anteriormente, y que pueden subsistir por un espacio de tiempo indeterminado, como Lieutaud (*Hist. anat. méd.*, tomo 2.º) ha visto muchos ejemplos, se hallan en el esófago *anillos cartilaginosos* ú *óseos*, á cuya inmediacion puede presentar el conducto una estrechez mas ó menos graduada. Colocada esta lesion fuera de los recursos del arte, no debe ocuparnos por mas tiempo.

ARTICULO X.

DILATACION DEL ESÓFAGO.

Hé aquí otra afeccion de muy poco interés para el práctico, y de la que solo diré cuatro palabras. Las dilataciones del esófago, como dice Velpeau (*Dict. de méd.*, tomo 21), se han hecho depender de las tres causas siguientes: 1.º, de una *hernia de la mucosa* al través de una rasgadura de la muscular; 2.º, de la permanencia de *cuerpos estraños* ásperos y voluminosos; 3.º de un obstáculo para la deglucion. Esta úl-

tima no es mas que una consecuencia de otras afecciones del esófago, y principalmente de la estrechez, de que ya he hablado. Los autores que en nuestros dias se han ocupado de la materia, han dudado de la existencia de la primera; y respecto á la segunda se hallan muchos ejemplos reunidos por Mondiere (*Arch. gén. de méd.*, tom. 3.º, 2.ª serie).

La acumulacion de alimentos en la bolsa que constituye la dilatacion; la tumefaccion que resulta en el cuello cuando la lesion ocupa la parte superior del esófago; la espulsion de dichos alimentos y por consiguiente la desaparicion del tumor que acabamos de mencionar, y la fetidez del aliento dependiente de la alteracion de las sustancias que han estado detenidas en la bolsa esofágica, constituyen los signos de esta enfermedad, contra la que los autores no nos han indicado un tratamiento eficaz.

Pero tiempo es ya de ocuparnos de otra afeccion que ofrece cuestiones sumamente importantes: hablo de la *estrechez del esófago.*

ARTICULO XI.

ESTRECHEZ DEL ESÓFAGO.

Háse estudiado esta grave afeccion con mucho mas cuidado que las precedentes; pero como ya he dicho antes de ahora, no se han dedicado los prácticos á diferenciar exactamente los casos en que depende la estrechez del desarrollo de un cáncer, de aquellos en que proviene de otra lesion; de lo que se ha seguido necesariamente la mayor confusion en sus escritos. Mondiere (*Arch. gén. de méd.*, tomo 25, 1831, pág. 358 et suiv.) ha reunido los principales hechos de esta afeccion que se hallaban diseminados en los autores; y de él se ha copiado en estos últimos tiempos la descripcion de la estrechez; igualmente nosotros tomarémos de su Memoria la mayor parte de detalles que vamos á consignar.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Casi todas las afecciones descritas anteriormente, tienden á producir la estrechez del esófago; ademas los tumores formados en las inmediaciones de dicho conducto pueden disminuir su calibre hasta el punto de dificultar y aun imposibilitar completamente el paso de los alimentos. Los casos de esta especie, aunque propiamente hablando no constituyen verdaderas estrecheces, deben no obstante reunirse á ellos en

razon á que las consecuencias son idénticas. De lo espuesto se sigue que sin ser la *estrechez del esófago una enfermedad demasiado frecuente*, se ha observado suficiente número de veces en términos de existir bastantes hechos, consignados en su mayor parte en las obras bajo el nombre de disfagia.

Si aplicamos el nombre de *estrechez del esófago* á una afeccion semejante á las de la uretra, encontramos que es sumamente rara; pues no se presenta por lo comun sino á consecuencia de una lesion profunda del esófago, ocasionada por la larga permanencia de un cuerpo estraño ó la accion de los caústicos. Pero desgraciadamente en el estado actual de la ciencia, no podemos establecer esta distincion de un modo positivo; y aunque nos abstengamos en el mayor número de casos de considerar la estrechez como una afeccion independiente, bueno será sin embargo hacer su historia aparte; porque cualquiera que sea su causa, ofrece consideraciones importantes.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Poco ó nada han llamado la atencion las causas predisponentes de esta enfermedad. Antes de ahora hemos dicho que segun el Dr. Gaitskeel (*Lond. méd. Reposit.*, tom. 10) se habia admitido que la *estrechez* puede ser *hereditaria*; pero en los casos citados por este autor, se trata de estrecheces cancerosas, de modo que mas bien se refieren á la herencia del cáncer. Cassan (*Arch. gén. de Méd.* tomo 10) ha espuesto un ejemplo notable, del que mas adelante nos ocuparemos, en el que se advirtió desde la infancia la dificultad de tragar. ¿Estaremos autorizados por este solo hecho á decir que tal enfermedad es *congénita*? Preciso será el concurso de nuevas observaciones para decidirnos en este punto.

¿El *abuso de los alcohólicos y sustancias acres*, como en un caso citado por Graef é indicado por Mondiere, puede ser considerado como causa predisponente? Parécenos por el contrario, que en este caso la prolongada ingestion de líquidos estimulantes ha llegado á convertirse en causa determinante; y si fuesen mas numerosos los hechos de esta especie, debiéramos admitirla del mismo modo que la ingestion de líquidos acres ó muy calientes.

Por haberse hallado algunas veces los ganglios linfáticos ingurgitados alrededor del esófago y comprimiéndole, se ha dicho que la enfermedad en estos casos era de naturaleza escrofulosa, y que por consiguiente este vicio debiera ser colo-

cado entre las causas predisponentes; advertiré relativamente á este punto que algunos hechos parecen apoyar esta opinion.

2.° *Causas ocasionales.*

Verdaderamente es largo el catálogo de causas ocasionales que los autores admiten. Así que, colocan en primer término los *cuerpos estraños* que producen una inflamacion en un punto circunscrito del esófago, y que se prolonga por mucho tiempo. Mondiere cita los principales hechos de esta especie, habiéndolos copiado de Gadelio (*Bibl. méd.* tomo 39), Littré (*Mem. de l' Acad. des Sciencies*, 1716), Bagard, etc. Los cuerpos estraños que ocasionaron en estos la enfermedad, fueron *una moneda*, un alfiler, una espina de pescado y un hueso. ¿Existia entonces una estrechez simple, ó habia acaso una cancerosa? Hé aquí lo que no siempre es posible determinar en vista de la descripcion de los autores. Es, asimismo, á veces sumamente difícil consignar si preexistia un tumor canceroso á la introduccion del cuerpo estraño, y fue causa de detenerse este en el punto enfermo. Mucho falta todavía investigar en esta materia tan importante.

Débese en otras circunstancias á los *líquidos acres ó cáusticos* la lesion determinante de la estrechez. En un individuo observado por Bayle, tuvo lugar dicha afeccion despues de un envenenamiento con el *ácido nítrico*. He citado ya el caso de Graef en que se demostró que el sugeto tenia la costumbre de tragar el *jugo de tabaco*. Los *líquidos hirviendo* ó los *alimentos mas calientes*, parece la motivaron en el caso citado por Leroux (*Cours. de Méd. prat.*, tomo 1.°)

Everard Home, citado por Mondiere, atribuye la estrechez del esófago á los vómitos pertinaces; pero este último dice muy oportunamente que sin duda se habia tomado el efecto por la causa. Puédese decir otro tanto de la pirosis, hipo, etc., que son síntomas de una estrechez incipiente, y debidos las mas veces á causas desconocidas. Igual reflexion se aplica al *esofagismo* colocado entre las causas de la estrechez: para demostrar el hecho era preciso haberse asegurado cuidadosamente de que cuando solo existian signos de esofagismo no se observaba ninguno de estrechez, y hé aquí lo que falta averiguar precisamente.

¿Sobreviene á consecuencia de las *úlceras* una estrechez del esófago? Antes hemos visto lo raros que son los ejemplos de úlceras simples de dicho conducto, y aun admitiendo su existencia, nunca podremos averiguar la aparicion de una estrechez consecutiva. Es verdad que en el caso de cáncer, la

úlcera coincide con una estrechez; pero en tales circunstancias debe considerarse aquel como el obstáculo principal.

«Paletta (*Exercit. pathol.*, 1820) ha visto, dice Mondiere, una mujer que esperimentó los fenómenos precursores de una estrechez del esófago inmediatamente despues de *suprimírsele una leucorrea abundante*, y de *desaparecer una erupcion cutánea* caracterizada de papulosa.» ¿No existia simplemente en este caso en ella una úlcera sifilítica?

Omito estenderme mas acerca de estas causas, limitándome á indicar que las únicas que se pueden admitir en la actualidad son: la presencia del cáncer, accion de los cáusticos, y la prolongada irritacion de los cuerpos estraños. Pero importa decir cuatro palabras respecto del obstáculo que ocasiona al paso de los alimentos un *tumor* situado fuera del esófago. Hé aquí, segun Boyer, las causas que producen la disfagia. «Puede depender, dice él (*loc. cit.*, pág. 170), del *infarto estraordinario del cuerpo tiroideo*, de un tumor formado *entre la tráquea y esófago*, ó en cualquier punto de su circunferencia; del *infarto* y *endurecimiento del timo*, de un *aneurisma de la aorta*, del *volúmen escesivo del hígado*, del *infarto de los gánglios linfáticos* que rodean la porcion de esófago contenido en el mediastino, y de los mas gruesos que se hallan próximos á la quinta vértebra dorsal, hácia el punto en que el esófago se inclina un poco á la derecha para dar lugar á la aorta.

»Concíbese fácilmente, añade el autor citado, que la hinchazon y endurecimiento de estas glándulas, que tan intimas relaciones tienen con el esófago, deben producir en dicho conducto una compresion capaz de dificultar el paso á los alimentos, y aun interceptarlos completamente.» En todos estos casos sucede lo propio que en los de abscesos formados al esterior de las paredes esofágicas; solamente, como la enfermedad progresa con lentitud, del mismo modo se verifica la disminucion del calibre del conducto.

§. III.—Síntomas.

Cualquiera que sea la causa que ha determinado la estrechez del esófago, siempre sobrevienen síntomas idénticos. Sin embargo, segun Mondiere, cuando depende de la inflamacion aguda de dicho conducto, aparecen reunidos en mayor ó menor número los fenómenos morbosos relativos á ambas enfermedades; pero es preciso confesar lo raros que son los casos de esta especie.

Los primeros síntomas que ordinariamente se presentan,

consisten en *una molestia mas bien que dolor en un punto fijo del esófago*, acompañada de *tension y plenitud*, que generalmente se agravan despues de la ingestion de los alimentos. Obsérvase despues la *dificultad de la deglucion*, al principio al ingerir los sólidos, y despues los líquidos.

Mondiere ha copiado de Howship un caso en que el primer síntoma que se observó, fué un violento dolor entre las escápulas y á lo largo de la columna vertebral, dolor que llegó á tal grado, que le parecia al enfermo le atravesaban con un hierro hecho ascua.

Háse visto, y Mondiere llama la atencion sobre este punto, que la molestia que causan al principio es referida por los enfermos no al punto que ocupa la enfermedad, sino á la *misma faringe*: fenómeno que ha sido considerado como simpático.

Cuando llega la enfermedad á una época mas adelantada, se hacen mas notables los síntomas; y hé aquí lo que sucede, segun Mondiere, (*loc. cit.*, pág. 363): «Si la estrechez ocupa la parte superior del esófago, se *arrojan inmediatamente los alimentos* mezclados con gran cantidad de saliva y mucosidades. Cuando, por el contrario, está situado el obstáculo en un punto inmediato al cardias, se acumulan, distienden el esófago en forma de bolsa, y salen los alimentos por regurgitacion *una, dos, y á veces tres horas despues de tomarlos*, principalmente si la enfermedad es larga y la dilatacion considerable.

«Ya se verifica, añade Mondiere, esta regurgitacion sin grande esfuerzo ni dolor, ya á costa de violentos conatos que pueden llegar á hacer temer la sofocacion; caso análogo al de la enferma cuya historia refiere Littre. Sin embargo, no siempre se espelen todas las sustancias ingeridas, pues casi siempre queda parte de ellas en el esófago dilatado, pasando al estómago algun tiempo despues de su ingestion. El enfermo de que habla Cassan, conocia cuando descendian los alimentos, diciendo que le parecia pasaban por una hilera.

En algunos casos, y especialmente en el que acabo de citar, se ha observado, al pasar las bebidas por la faringe y parte superior del esófago, un *gorgoteo* notable. Taranget citado por Mondiere, ha visto lo siguiente en un enfermo: «La bebida, tragada con sumo trabajo, producia en el esófago un ruido sordo, repetido por tres veces, una especie de roce que demostraba lo difícil de su paso.» Para que dicho fenómeno se verifique, ¿no se necesita que esté dilatada la parte superior del conducto, y se introduzca en la faringe cierta cantidad de aire?

Todos los síntomas espuestos se refieren á la ingestion de los alimentos; pero sobrevienen otros durante los intervalos que importa mucho conocer: tales son, una *molestia permanente* en el punto que ocupa la lesion, y en ocasiones un *dolor contínuo ó intermitente*, que en ciertas circunstancias se estiende á lo largo de la garganta hasta la base del cráneo, y por la trompa de Eustaquio hasta el oido; pero parte mas comunmente del apéndice xifoides para comunicarse á lo largo de la columna vertebral. Mondiere ha demostrado la existencia de este síntoma en las observaciones copiadas de Everard, Home, Marcard, Gaitskell y Vater.

Consisten los síntomas generales en *postracion*, *debilidad* y *marasmo*. Desgraciadamente no se ha intentado en las investigaciones hechas, respecto de este punto, determinar cuáles dependian de la caquexia ó de la misma estrechez.

Si se ha leido con algun cuidado la descripcion que acabo de hacer, fácilmente se habrá conocido la poca diferencia que existe entre estos síntomas y los que espuse al hablar del *cáncer del esófago*; esto depende de que la historia de las estrecheces se ha hecho casi siempre con referencia á los casos de cáncer, y de que no se ha hecho ningun esfuerzo para adquirir un conocimiento exacto de la simple. Insisto en este punto, por lo importante que es; pues de aquí se deduce, por qué el tratamiento de las estrecheces carece de la precision que debiera tener.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

No volveré á repetir lo que he dicho acerca del *curso* de la afeccion, al ocuparme del cáncer del esófago. Y solo me limitaré á presentar una advertencia que hace Mondiere, y que no carece de importancia. Trátase de un curso particular que afecta la afeccion en algunos casos, y creo que lo mejor será citar testualmente el pasaje á que me refiero.

«Pudiera creerse, dice el autor citado, que siendo permanente el obstáculo en los casos de estrechez del esófago, los fenómenos que determina lo fueran tambien; sin embargo, nada de esto acontece, como lo demuestran las observaciones siguientes, sin poder esplicar de un modo satisfactorio semejante particularidad. Heineken de Bremen ha visitado á un enfermo que despues de haber sufrido afecciones morales tristes y permanentes, empezó á notar un obstáculo en la deglucion; parecíale que una cosa impedia que los alimentos bajasen al estómago, y los arrojaba mezclados con moco. Pasáronse dias enteros sin esperimentar molestia alguna; y

transcurrian otros que solo á fuerza de grandes cantidades de líquido podia tragar una pequeña parte de alimento sólido. Agregábase á estos síntomas una sensacion de peso correspondiente á la parte media del esternon, fenómeno que se exacerbaba durante la deglucion. Despues de ofrecer la enfermedad numerosas variaciones en su curso é intensidad, se agravó de pronto, y sucumbió el paciente en medio de un vómito de sangre que le duró veinte y cuatro horas. La autopsia demostró una alteracion profunda del esófago correspondiente á su tercio inferior.

«Igual remision se observó en un enfermo, de que habla Leroux; pero en tal grado, que muchas veces salió del hospital creyéndose completamente curado. Reunidas estas últimas observaciones á las espuestas anteriormente, bastan para demostrar que el diagnóstico de las estrecheces del esófago, no es siempre tan fácil como pudiera creerse á primera vista. Efectivamente se han considerado como fenómenos dependientes de una lesion orgánica del esófago, disfagias que eran debidas á cualquiera otra causa, y en especial al esofagismo.»

La *duracion* de la enfermedad es indeterminada; pues para establecerla de un modo conveniente, se necesitaba diferenciar los casos que pertenecen al cáncer, de aquellos que dependen de otras causas, y ya hemos podido conocer que todavía no se ha conseguido. Debo consignar relativamente á la *terminacion* que con mucho trabajo se han podido reunir algunos casos felices; volveré á mencionarlos y á discutir su valor al ocuparme del tratamiento. Sobreviene la muerte á consecuencia de la falta de alimentacion, ó por los estragos que ocasionan los progresos de la lesion orgánica, por la rotura, perforacion del esófago, etc.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas que corresponden á esta enfermedad varían mucho necesariamente; pues unas veces se encuentran cicatrices en forma de bridas, en especial cuando depende la dolencia de la accion de los cáusticos; otras se han observado multitud de lesiones diversas que pertenecen al cáncer, y que he descrito anteriormente; por último, hemos podido apreciar que el obstáculo al paso de los alimentos dependia de degeneraciones huesosas ó cartilaginosas, ó tambien de tumores situados en las inmediaciones del esófago. Creo inútil insistir mas en tales detalles.

§. VI.—Diagnóstico.

Fúndase el diagnóstico de la estrechez del esófago en los síntomas locales de que he hablado anteriormente. Mas habiendo algunas enfermedades con que pudiera confundirse, no puedo menos de remitir al lector á lo que espuse mas arriba acerca del *esofagismo*, dejando para el artículo *Paralisis* todo lo concerniente á esta materia.

Pero ocurre otra cuestion sumamente interesante: ¿la estrechez es simple, depende de un *engrosamiento de las paredes* de dicho conducto, ó de *una cicatriz*, y acaso de *alguna brida*? ¿puede considerarse como una *estrechez cancerosa*, ó bien resultar de la presion de un *tumor inmediato*? Encuéntrase necesariamente suma dificultad en resolver este problema; pues no se ha dado la debida direccion á las investigaciones para conseguir semejante resolucion.

En primer lugar debo decir, que todavía no se ha hecho el diagnóstico diferencial entre las *estrecheces simples* y las *cancerosas*, y que por lo que hasta ahora se sabe no es posible practicarlo, pues se han confundido los casos. Mas fácil es determinar las ocasiones en que depende la estrechez de un tumor que comprime el esófago; y respecto de este punto no puedo dispensarme de insertar el pasaje siguiente, copiado tambien de Mondiere.

«Relativamente á la disfagia dependiente del *infarto de las glándulas linfáticas* inmediatas, podemos dar como signos característicos, el que casi siempre se presenta en la infancia y adolescencia, y que generalmente las submaxilares y todas las que se hallan á lo largo del cuello son las primeras que participan de dicha lesion; hecho sobre el que Vesalio fué el primero que llamó la atencion de los anatómicos. Añadamos además lo rara que es esta especie de disfagia, que el sitio donde se hallan el mayor número de gánglios infartados corresponde á la cuarta ó quinta vértebra dorsal, y que es raro, como hemos tenido ocasion de demostrar, que se encuentren las estrecheces esofágicas en este paraje, pues casi siempre ocupan la parte inferior, y sobre todo la superior de dicho conducto.

»Existen además muchas enfermedades, como por ejemplo, la *luxacion de las astas del hioides*, un *infarto considerable del timo*, *lesiones orgánicas de la traquearteria ó del pulmon*, etc., que pueden ocasionar una disfagia; pero se anuncian la mayor parte de estas afecciones por fenómenos tan

notables y característicos, que es muy difícil, por no decir imposible, confundir su disfagia con la que depende de una estrechez orgánica del esófago.

»Respecto á lo que dicen la mayor parte de autores, y hasta los modernos que han escrito sobre las estrecheces del esófago, que las han confundido muchas veces con la disfagia dependiente de la compresion de un *aneurisma de la aorta*, debemos manifestar que aun prescindiendo de los signos propios de la dilatacion de dicho vaso, que es imposible desconocer, hay una cosa particular, que no es fácil comprender, y es que casi siempre (en diez casos al menos de doce que hemos observado de aneurismas de la aorta abiertos en el esófago) se ha visto permanecer ilesa la deglucion. Así es que Laennec de Nantes (*Rev. méd.*, tomo 8.°, pág. 47). envió en 1822 á la Academia de Medicina una pieza anatómica que representaba un aneurisma de la aorta con perforacion de la tráquea y esófago, y que á pesar de haber el enfermo escupido y vomitado sangre por espacio de mucho tiempo, no sintió ninguna alteracion en la deglucion, ni respiracion. Otro tanto se observó en los enfermos de que hablan Henry (*Ephem.*, tomo 6.°, pág. 219), Bertin y Bouillaud (*Traité des Maladies du Cœur*, pág. 110), Bertin (*Bull. de la Soc. Méd. d'Emul.*, 1812, pág. 14), Ouvrard (*Diss. inaug.*, París 1811, núm. 53, pág. 23), Raikem (*Bull. de la Fac.*, 1812), Laennec (*Traité de l'Auscult.*), Fizeau (*Bibli. Méd.*, tom. 53, pág. 68), Fanconneau-Dufresne (*Thése*, 1824, núm. 220, pág. 23), Sauvages (*Nosol. method.*, tom. 8.°, p. 81, edic. 1.ª), etc. En cuantos enfermos observaron estos autores y en los que la aorta mas ó menos dilatada se abrió en el esófago, nunca sin embargo se quejaron de disfagia. Referimos los hechos sin pretender acomodarles ninguna esplicacion.

»Creeríamos dejar incompleta la reseña del diagnóstico, si no refiriésemos las ventajas que pueden reportarse del uso de sondas que bien pudiéramos llamar esploradoras, ya con el objeto de reconocer solo el asiento de la enfermedad, ya tambien para penetrarse del grado á que ha llegado. Puede usarse, para conseguir el primer fin, la sonda que emplea Dupuytren para reconocer un cuerpo estr ño: esto es, una varilla flexible de plata, pero bastante resistente, de diez y ocho pulgadas de longitud, y que termina por una parte en un anillo y por la otra en una bola. Cuando queramos cerciorarnos de lo segundo se recurre á la sonda esploradora que Ducamp describe en su obra sobre las retenciones de orina (París, 1819, en 8.°, pág. 149).»

Pronóstico. Dependiendo generalmente la estrechez del esófago de una lesion orgánica incurable, casi es inútil decir cuán grave debe ser el pronóstico. Sin embargo, se citan algunos casos de curaciones obtenidas por diversos procederes; pero ya los mencionaremos al ocuparnos del tratamiento. Aunque siempre se refieren á estrecheces simples, ó bien dependientes de un tumor situado en un paraje próximo al esófago; porque cuando se ha demostrado la presencia del cáncer, fácil es retardar por diversos medios el fatal desenlace, pero nunca conseguir una completa curacion.

§. VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la estrechez del esófago es casi completamente quirúrgico; pues consiste en la *dilatacion*, *cauterizacion* y *escarificacion* esofágicas, y en último estremo la *esofagotomia*. Velpeau (*artic. cit.*) ha espuesto con cuidado estos diversos medios de tratamiento, tomados del artículo de Mondiere. Tomaré de ambos los detalles que voy á esponer á continuacion.

1.° *Dilatacion.* Tal vez es el proceder empleado de tiempo mas remoto; así se atribuye á Mauchart (de struma æsophagi, etc , etc. Tubingue, 1742). Y en estos últimos tiempos Dupuytren y Boyer han vuelto á usarlo como paliativo, y Mondiere copia de muchos autores varias observaciones en las que se ha conseguido por su medio un completo resultado.

Desde luego se conoce cuán necesario seria, bajo el punto de vista terapéutico, diferenciar bien la estrechez simple de la cancerosa; pero desgraciadamente, vuelvo á repetir, es imposible en el estado actual establecer semejante division de un modo satisfactorio. A pesar de todo no se conocen completamente los inconvenientes de semejante confusion, sino cuando se trata de averiguar el valor del tratamiento; porque la introduccion de sondas empleándose en todos los casos para conducir los alimentos al estómago, el mismo tratamiento no sufre modificaciones notables segun las circunstancias. Unicamente se concibe que cuando sospechemos la existencia de una lesion orgánica, grave y adelantada, siempre debemos obrar con mucha circunspeccion respecto á las sondas, pues podríamos ocasionar trastornos que acelerasen mucho el curso de la enfermedad.

Dilatacion á beneficio de las sondas.

Boyer aconseja su introduccion del modo siguiente:

Cuando sea muy considerable la estrechez, es necesario emplear la sonda ordinaria, y á veces una de calibre sumamente pequeño. En este último caso debe ir dicho instrumento armado de un estilete de acero, para vencer la resistencia que se oponga á su introduccion. Por el contrario, cuando la estrechez no ha llegado á tan alto grado, podemos emplear la sonda esofágica. Dos vias son á propósito para introducir el instrumento, á saber: la boca y fosas nasales; pero la primera es sin duda la mas corta y directa, por lo que merece la preferencia, en especial cuando no debe quedar aplicado el instrumento. Pero siempre que por prevenir los inconvenientes que acompañan á su introduccion la dejemos permanente, vale mas efectuarlo por las fosas nasales.

Verdaderamente es muy sencillo el proceder operatorio tratándose de introducirla *por la boca*; pues estando el enfermo sentado con la cabeza inclinada hácia atrás, deprime el cirujano la lengua con el índice izquierdo, y aplicando sobre la cara superior de dicho órgano la sonda untada de mucilago, y cogida con su mano derecha como una pluma de escribir á lo largo del borde radial de dicha mano, la dirige un poco á la izquierda hasta llegar á la pared posterior de la faringe; detiénese entonces en este punto, pero continuando el empuje se encorva y desciende por el esófago hasta el punto que juzguemos conveniente.

Es mucho mas difícil introducir la sonda por las *fosas nasales*, y á veces dolorosa y hasta imposible. En efecto, conducida sobre la pared inferior de las fosas nasales cuya direccion es horizontal, se encuentra en ángulo recto la pared posterior de la faringe, sobre la que cuesta mucho trabajo encorvarla para que descienda por el esófago, necesitándose para que avance esfuerzos considerables que no dejan de ser dolorosos. Seria mucho mayor la dificultad, y tal vez insuperable, si el caso exigiese que tuviéramos que armar la sonda de un estilete de hierro con el objeto de vencer el obstáculo que se opone á la deglucion.

Si se presentase este caso, seria necesario imitar la conducta de Boyer, que él mismo ha espuesto en una interesante observacion, en que se refiere el hecho de una enferma que hacia ya siete dias estaba privada completamente de alimento á consecuencia de una disfagia completa. Hé aquí cómo procedió Boyer, de quien copio el pasaje siguiente (*loc. cit.*, pág. 180):

La indicacion mas urgente consistia en alimentar la enferma. Así que me decidí inmediatamente á introducir por la boca en la faringe

y esófago una sonda de goma elástica sin estilete. Penetró este instrumento con mucha facilidad hasta el principio del esófago; pero encontró en este lugar un obstáculo insuperable. Sustituí á esta sonda una algalia de plata, la que penetró con mucha dificultad y despues de grande resistencia. Inyectóse un poco de agua tibia á beneficio de una jeringa, y por la sensacion agradable que esperimentó dedugimos que el liquido habia penetrado en el estómago. Inyecté en seguida gran cantidad de caldo; despues de cuya operacion, viendo que era muy incómoda en la boca la presencia de la sonda, y que no podia fijarse, juzgamos oportuno retirarla. Era imposible pensar en repetir tal maniobra muchas veces al dia por hallarse el esófago tan reducido; así que opiné ser necesario introducir en el esófago por la boca, una sonda de goma elástica armada de su estilete, y despues de retirar este, conducir á las fosas nasales la estremidad superior de la sonda.

Hé aquí cómo llegué á realizar este proyecto: sentada la enferma en una silla, é inclinada hácia atrás la cabeza, introduje por el lado izquierdo de la nariz la sonda de Bellocq; conducido el resorte á la boca, atamos á su estremidad un cordonete grueso bien encerado. Ocultóse el resorte en la sonda, y sacada esta por la nariz arrastró tras sí al hilo conduciéndole afuera. Un ayudante cuidaba de los dos cabos del hilo, de los que uno salia por las narices y otro por la boca. Inmediatamente introduje el índice de la mano izquierda y deprimí con él la base de la lengua, y coloqué despues en la faringe una algalia de goma de mediano calibre, armada de su estilete, y agujereada en la estremidad superior. Dirigida esta algo inclinada á la izquierda con alguna fuerza, venció la estrechez del esófago: luego retiramos el estilete, é introduje el cabo del hilo que salia por la boca, por la abertura lateral de la sonda fijando su estremidad superior. Hice descender á dicho instrumento por el esófago hasta que su estremidad superior pasó el istmo de las fauces, y cogiendo entonces el cabo que salia por la nariz, tiré de él con suavidad, trayéndome tambien la sonda que hice avanzar algunas líneas por fuera de la nariz: fijámosla á beneficio de un cordonete, con el que dí algunos circulares al rededor de la cabeza. Y mediante esta sonda se inyectaron en el estómago alimentos líquidos siempre que lo necesitaba la enferma.

Durante los cinco primeros dias produjo la sonda una ligera irritacion, y el sesto arrojó la enferma una sustancia puriémula. Pareció aumentarse este fenómeno de dia en dia, empezando el décimo á vacilar la sonda, y aun pudo tragar naturalmente aquella una corta cantidad de líquido. Quitóse la sonda la paciente el dia catorce y tragó los líquidos con mucha facilidad, pero pasados seis volvió la deglucion á imposibilitarse completamente. Introduje entonces una sonda mas gruesa que la primera, que si bien sirvió para conducir al estómago los alimentos, fué inútil respecto á la dilatacion del esófago. Obligada la enferma á tenerla puesta por espacio de cinco dias consecutivos, se le hizo cada vez mas incómoda. Pudiendo depender esta constriccion rebelde de una irritacion nerviosa, la prescribí

baños templados pero sin efecto alguno. Así que privada de alimentos sólidos, y atormentada casi continuamente por un hambre insaciable, á pesar de la gran cantidad de líquidos alimenticios inyectados en su estómago, se debilitó poco á poco, y murió cerca de tres años despues de la aparicion de la enfermedad. No pudo hacerse la autopsia.

Cuando ha sido necesario introducir sondas de pequeño calibre, debemos procurar dejarlas permanentes, examinándolas todos los dias, é irlas reemplazando por otras algo mas gruesas desde que comienzan á vacilar. Velpeau (loc. cit.) nos ha enseñado un medio de que se valia Fletcher (*Médic. chir. notes and. ill.* London, 1831). «Empleaba este cirujano, segun Velpeau, un instrumento de metal encorvado, de volúmen tan pequeño que nunca halló dificultad en su introduccion, ni durante la vida, ni en el cadáver. Cuando está cerrado representa un vástago terminado en una de sus estremidades por una bola de acero. Imprimiendo al mango ó varilla un ligero movimiento de rotacion, asciende la bolita hasta la mitad de ella, y segun que se eleva mas ó menos, aumenta el diámetro del dilatador.

»A la esperiencia está reservado, dice Velpeau, ilustrarnos acerca del verdadero valor de dicho instrumento, que siempre tiene la desventaja de no poder obrar mas que en tres puntos de la circunferencia, tratándose de estrecheces circulares.»

Finalmente, el doctor Arnott, citado tambien por Velpeau, ha propuesto un medio de dilatacion con el que ha conseguido felices resultados en las estrecheces del recto; pero que nunca se ha usado para las del esófago. Consiste este proceder, segun Velpeau, en un tubo de seda fuerte, tupido, elástico e impermeable al aire y agua. Se le introduce vacío por la estrechez, y se le llena despues hasta un grado conveniente para la compresion que se quiere efectuar, vaciándole cuando queramos retirarle.

Muy difícil es dar su parecer acerca del valor de estos diversos medios. Sin embargo, preciso es decir que en los casos de feliz éxito, aun entre aquellos que cita Mondiere, á los que es preciso reunir el hecho descrito por el doctor Earle (*The Lancet*, nov. 1825), se ha conseguido dicho resultado á beneficio de las sondas ordinarias.

He indicado hasta aquí los buenos efectos de esta medicacion; demos ahora á conocer las precauciones que es necesario tomar para evitar ciertos accidentes cuya descripcion pienso hacer de paso. Velpeau en su artículo, ha puesto

un especial cuidado acerca de punto tan importante.

«En algunos casos, dice, son tan graduadas la irritabilidad é inflamacion del esófago, que no es posible soportar la presencia de las sondas, si no se ha tratado antes de disminuir estos síntomas á beneficio de las *sanguijuelas y narcóticos*; y aun hay ocasiones en que es preciso renunciar completamente á tal remedio, ya por la irritacion que se desarrolla, ya á consecuencia de los vómitos que sobrevienen.

»Relativamente á los fenómenos á que puede dar lugar la introduccion de las candelillas, prescindiendo de la irritacion mas ó menos graduada que ocasione su presencia, debemos tambien temer introducirlas en las vias respiratorias. A veces no advertimos este descuido hasta el momento en que se inyecta un líquido con objeto de que pase al estómago; así en un enfermo, de que habla Larrey (*Mem. de Chir. milit.*, t. 2, pág. 147) la presencia de la sonda en la laringe no le produjo mas molestia que si hubiera estado en el esófago; y no conoció el error en que habia incurrido hasta la caida de las primeras gotas de líquido, á cuyo tiempo separó el enfermo la mano del cirujano, y fué acometido de una tos sofocante. Háse propuesto, para cerciorarse en qué conducto se ha introducido la sonda, colocar una vela encendida delante de su abertura; pero no podemos garantizar la infalibilidad de tal medio, pues Worbe (*Mém. de la Soc. de méd. d'Emul.*, t. 1.°, pág. 221) ha visto moverse la llama de una vela, aunque la sonda estaba en el esófago. Este práctico piensa que el mejor signo para conocer esta inadvertencia, se deduce de la imposibilidad de introducirla tan profundamente, cuando se dirige por la tráquea, como por el esófago. Con todo, bueno será inyectar antes de concluir la operacion algunas gotas de líquido; pues es el mejor medio de evitar al enfermo descuidos que pudieran comprometerle demasiado.

»Acaso el inconveniente mas terrible que lleva consigo la introduccion de sondas en el esófago, y sobre el que debo insistir todavía (*Méd. oper.*, t. 3, pág. 688) consiste en que ya por su estremidad, ó bien por la corvadura que necesariamente forma, debe ejercer una presion bastante considerable sobre algunos puntos de la pared posterior del esófago, fenómeno que puede determinar la formacion de una úlcera.»

2.° *Cauterizacion.* El uso de la cauterizacion en las estrecheces del esófago ha motivado numerosas discusiones. Consiste esto sin duda en que la falta de distincion entre los hechos de diversa naturaleza, sobre los que se han practicado los esperimentos, no ha dejado de contribuir á dificul-

tar la solucion de cuestiones terapéuticas que se refieren á este punto tan importante. Hánse valido principalmente del raciocinio para combatir el medio de que tratamos; pero Mondiere ha citado un número bastante considerable de hechos, copiados los principales de Everard Home y el doctor Andrew, que prueban hasta la evidencia el feliz resultado que puede coronar á semejante medio. Verdad es que se conciben los inconvenientes que acompañan á los cáusticos en ciertas ocasiones; pero al médico toca no emplearlos cuando los caractéres propios de una úlcera cancerosa por ejemplo contraindican su uso; y si es cierto, que el profesor se espone á practicar la cauterizacion en casos que todo el obstáculo se reduzca á la presencia de un tumor en el esófago, una atenta observacion servirá para precisar el diagnóstico en semejante caso.

Tal vez me separaria demasiado de mi objeto, esponiendo detalladamente en este lugar el modo de practicar la cauterizacion. Así que me limitaré á decir, que la cauterizacion á beneficio de las *sustancias líquidas*, segun Paletta que lo ejecutaba mediante una varilla de ballena en cuya estremidad ataba una esponja, debe proscribirse por la dificultad en limitar su accion; de modo que será preferible el nitrato de plata.

Everard Home y los médicos ingleses que despues de él la han empleado, la ejecutaban á beneficio de *una candelilla de cera, en cuya estremidad se coloca un trozo de nitrato de plata.* Las mejoras que se han hecho en los instrumentos destinados á practicar la cauterizacion de las estrecheces de la uretra, no deben pasar desapercibidas respecto á las que se usan en las del esófago. Así se emplearán el *portasello* de Ducamp para reconocer la posicion y forma de la estrechez, y los *porta-cáusticos* de Lallemand y Amussat, con tanto mayor motivo cuanto que el arco dentario, segun ha demostrado Mondiere, ofrece un punto fijo muy á propósito para reconocer la profundidad á que podemos penetrar en el conducto alimenticio. Pueden consultarse respecto al modo de aplicar estos instrumentos y su descripcion, los autores que mas se han ocupado de las estrecheces de la uretra.

Y añado únicamente en este sitio que es preciso estar prevenido, pues todos los fenómenos se exasperan despues de la cauterizacion, y que debemos calmar esta flogosis pasajera á beneficio de los *antiflogísticos, atemperantes, líquidos oleosos, mucilaginosos* y de los *baños.*

Repítese al principio la cauterizacion cada tres ó cuatro

dias, y despues en intervalos mas separados; sin embargo, este precepto no es obligatorio, pues ninguno mejor que el médico podrá juzgar en vista de la urgencia del caso la distancia con que deben repetirse las cauterizaciones.

3.° *Incision y escarificacion.* Mucho mas peligrosas son las escarificaciones del esófago que las de la uretra. En efecto, fácilmente se comprende que si se ejecutan en un punto que se halle muy adelgazado, pueden translimitarse y determinar una abertura por la que cayendo los alimentos en una cavidad inmediata ocasionen fenómenos mortales. Cuando el porta-sello haya dado á conocer la presencia de una brida de mucho espesor, podemos apelar á este medio usando un instrumento parecido al *uretrotomio* de Amussat; pero es inútil detenernos mas en una operacion cuyo valor no garantiza la esperiencia.

4.° *Esofagotomia.* Finalmente, en los casos desesperados y cuando tengamos la mayor evidencia de que el obstáculo al paso de los alimentos está fuera de la cavidad del pecho, podemos apelar como último recurso á la abertura del esófago. En tal compromiso se halló Taranget en un caso citado por todos los autores. Hallábanse detenidos los alimentos en la parte inferior del cuello, y se practicó la abertura del esófago en un punto mas bajo, introduciendo los alimentos en el estómago á beneficio de una especie de embudo, viviendo el enfermo de esta manera cerca de diez y seis meses. Casos de esta naturaleza son sumamente raros para que merezcan ocuparnos por mas tiempo; así que pueden leerse los tratados de cirujía para enterarse del proceder operatorio.

Tratamiento de la estrechez del ésófago producida por tumores próximos á él. Generalmente este tratamiento, así como dice Boyer, es tan ineficaz como el que acabamos de esponer. Sin embargo, se citan algunos ejemplos de curacion en casos que podia suponerse que el obstáculo dependia de una alteracion de esta especie. Boyer refiere dos observaciones tomadas de Mennés y Haller, en las que desapareció á beneficio del mercurio una disfagia en que los alimentos y bebidas eran arrojados indistintamente. Asegurósé Mennés, introduciendo una varilla de ballena en el esófago, de la presencia de un obstáculo orgánico. En uno de los enfermos se administró el mercurio en forma de *fricciones hasta producir la salivacion*, y Haller prescribió al otro píldoras compuestas de *mercurio dulce, aloes y alcanfor.* En ambos se obtuvo un completo resultado, siendo preciso añadir otro tercer caso observado tambien por Haller.

He creido oportuno dar á conocer este tratamiento, que puede emplearse sin peligro, y obtenerse á veces buen resultado; asimismo se usan otras *preparaciones mercuriales* ó bien el *ioduro de potasio* del modo que hemos indicado tantas veces.

ARTICULO XII.

ESOFAGISMO Ó ESPASMO DEL ESÓFAGO.

Háse escrito mucho de esta enfermedad, conocida desde la mas remota antigüedad; pero dificil será, segun quiere J. Franck (*Prax. med.* pars. tert., vol. 1. sect. 2.) referir su historia á los tiempos de Hipócrates; porque en el pasaje citado por Franck se habla de un *tétanos*, en el que las convulsiones de la faringe constituyen un síntoma especial que no es de nuestro propósito.

Entre los autores que han estudiado esta afeccion, es necesario citar particularmente á F. Hoffmann, pues la dedica un estenso párrafo (Opera omnia, tomo 3.º Genevæ, 1761; *de Morb. œsoph. spasmod.*) Y en estos últimos tiempos Mondiere ha reunido gran número de hechos con el objeto de trazar la historia de esta afeccion espasmódica. Con todo, á pesar de tales investigaciones, y de los esfuerzos hechos por el último para llegar al conocimiento exacto del *esofagismo*, no podemos menos de conocer que reina la mayor confusion en su historia. En efecto, se han colocado entre los casos de esofagismo ejemplos de verdaderas inflamaciones, en los que el espasmo del esófago no debia considerarse sino como un fenómeno accesorio; tambien se ha incluido en esta afeccion el resultado de las alteraciones debidas á la accion de los cáusticos y sustancias acres; y finalmente, se han descrito bajo el nombre de estado espasmódico de la faringe y esófago los que se observan en la rabia. Y aun se ha creido que las úlceras de la parte superior de la laringe eran muy á propósito para producirle, porque se vomitan en tales casos los alimentos y bebidas en el momento de ingerirlos. No creo necesario demostrar cuán defectuoso sea este modo de considerar las cosas.

Sin embargo, si se tratasen de considerar solo como verdadero espasmo del esófago los casos en que la afeccion es de índole puramente nerviosa, local, ó en otros términos el *esofagismo idiopático*, seguramente que pocos reuniríamos. Pues la mayor parte se encuentran efectivamente, ya en el esófago, ya en los órganos inmediatos, lesiones que es-

plican la aparicion del espasmo, y en otros casos casi siempre existe una afeccion nerviosa general, una neurose, de la que el esofagismo no es mas que un síntoma. He dicho muchas veces en el curso de esta obra, que creia oportuno referir á la historia de varias enfermedades principales, los fenómenos que no constituyen mas que un síntoma de ellas. Pero parece que aquí me deberia limitar á la esposicion de algunos hechos en que el espasmo del esófago ha constituido toda la enfermedad; sin embargo, como en el histerismo é hypocondría puede aquella lesion en ciertos casos aparecer como independiente de las demas, y tambien exige medios especiales, no debe escluirse de este artículo una especie tan importante.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Define F. Hoffmann (*loc. cit.*) el espasmo de la faringe y esófago de este modo: una constriccion ó distension rígida, ya de la faringe, ya del conducto alimenticio, que las mas veces *depende de un moco irritante*. Esta definicion que admite la existencia de una causa especial no probada, ha sido modificada por Mondiere. «Consiste el esofagismo en una constriccion mas ó menos completa y permanente del conducto faringo-esofágico, que puede ocasionar una disfagia completa, ó solo impedir la deglucion de los alimentos solidos ó líquidos». Por lo que á mí toca, segun he demostrado anteriormente, creo debe reservarse el nombre de esofagismo á la *constriccion convulsiva del esofago*, independiente de cualquiera lesion de textura de dicho órgano ó de los inmediatos.

Háse denominado esta afeccion *constriccion de la faringe y del esófago; tenesmo del esófago; disfagia nerviosa.*

Relativamente á su *frecuencia* debemos convenir por necesidad en que diferirá segun el punto de vista en que se la coloque. Para nosotros no es mucha; pues todos conocen que es muy raro observar convulsiones idiopáticas del esófago, y ademas este fenómeno no acompaña sino al menor número de casos de histerismo é hipocondría.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Carecemos de las investigaciones suficientes para decir de un modo positivo *en que época de la vida* aparece con mas frecuencia el esofagismo. Sin embargo, podemos aventurar

de un modo general, que no sobreviene hasta pasada la infancia, aunque Everard Home, y el doctor Stevenson hayan citado casos en que existia desde los primeros años de la vida.

Si, como hemos dicho mas arriba, el *histerismo* es una de las causas mas comunes de esta afeccion, resulta que es mas frecuente en las mujeres que en el hombre. En los casos de esofagismo observados en histéricas, pasa á no dudarlo algo que se asemeja á los trastornos de la laringe que determinan la *afonia*, y que hemos descrito en el segundo tomo de esta obra (véase artículo *Afonia*). Padécenlo con menos frecuencia los *hipocondríacos*; al menos no se citan muchos casos de esta especie.

El doctor Stevenson, citado por Mondiere, refiere un caso en que pareció *hereditario*; reduciéndose á estas cortas noticias cuanto sabemos acerca de las causas predisponentes de la afeccion.

2.° —*Causas ocasionales.*

Separo en primer lugar á la *inflamacion* del esófago en la que el espasmo no constituye mas que un simple efecto de la afeccion principal. Creo asimismo que no debemos colocar en el catálogo de las causas del espasmo del esófago, la *ingestion de sustancias acres* mencionada ya por Foresto, Platero, F. Hoffmann, y admitida por Mondiere, pues estas sustancias determinan siempre la inflamacion del conducto alimenticio.

Hecha abstraccion de estos dos órdenes de causas, solo nos queda un número muy reducido, y entre ellas hallaremos desde luego las *afecciones morales*, y en especial las *pasiones violentas*. Ejercen estas causas su accion con mas actividad en sugetos de un temperamento nervioso, en las histéricas, hipocondríacos, que segun hemos dicho ya están mas predispuestos á padecer el esofagismo. Puede producirle la *imaginacion*; y Boyer cita un ejemplo notable (*loc. cit.* tomo 7). Trátase de una histérica que despues de haber sentido algunas punzadas durante los movimientos de deglucion, no podia tragar alimentos sólidos sin verse amenazada de sofocacion. Zimmermann (*Act. helvetic.*, tomo 2, pág. 97) refiere un hecho todavía mas curioso, pues habiendo sentido el sugeto, al tragar una cucharada de caldo, que caia una corta cantidad del líquido en la laringe, no pudo desde entonces deglutir ni una gota, á pesar de los mayores esfuerzos para conseguirlo.

Todos conocen los casos en que el espasmo de la faringe y esófago ha llegado á su mayor desarrollo y que producen la disfagia completa, dependientes de la *mordedura de un perro que se creia rabioso y que realmente no lo estaba*. Fenómeno en cuya produccion desempeña el principal papel la imaginacion.

Al ocuparme de las *enfermedades del estómago y del útero*, hablaré del espasmo del esófago *sintomático* de ellas.

Tambien se han colocado entre las causas del esofagismo la *supresion de varias erupciones*, del *sudor de los pies*, de *algunos flujos sanguíneos*, las *afecciones verminosas, etc.*, pero no está suficientemente demostrada su existencia. No trato ahora del esofagismo dependiente de las *afecciones reumáticas*, porque mas adelante investigaremos si en tales casos la disfagia depende de un verdadero reumatismo del conducto muscular.

Réstanos hablar de una causa sobre la que los autores no se hallan acordes, y es la *lujacion de los apéndices cartilaginosos del hueso hyoides*, indicada por Valsalva, que ha inducido á Sauvages á denominar esta disfagia *valsaviana* ; ó bien por el contrario , segun el doctor Mugna (*Annal. univers. di Med.*) la *diastasis* de estas prolongaciones cartilaginosas. Este autor presenta en apoyo de su opinion un hecho sobre el que Ollivier (d' Angers) ha publicado una nota interesante (*Arch. gén. de Med.*, tomo 19 , pág. 232). Esta lujacion ó diastasis dependeria, segun los autores que acabo de citar, de la *deglucion de un cuerpo duro y voluminoso*; pero antes de querer esplicar hechos de esta especie, es preciso preguntar si la lujacion ó diastasis existe en realidad. Esto es precisamente lo que no se ha demostrado de una manera directa, y lo que Mondiere no admite. Sin embargo, para poner al lector en estado de juzgar del valor de las diferentes opiniones, no creo poder adoptar mejor partido que citar la observacion recogida por el doctor Mugna, y que es de las mas completas que poseemos de esta especie.

OBSERVACION.

Un sugeto de sesenta años de edad, de constitucion débil y deteriorada, tragando un dia un gran pedazo de tendon de vaca que apenas habia masticado, esperimentó repentinamente una sensacion muy marcada de dificultad, como si la porcion de tendon se le hubiera detenido en la garganta. No tardó mucho en sentir una contínua necesidad y esfuerzos inútiles de deglucion, sin poder tragar la saliva, ni ninguna gota de líquido. Llamado al momento el doc-

tor Mugna, encontró á este individuo cansado ya por los movimientos de deglucion que incesantemente se repetian sin resultado, creciendo la molestia cada vez mas. Esforzábase á cada momento el enfermo en conatos para tragar, y agotaba sus fuerzas infructuosamente, oyéndose á poco un ruido análogo al que produciria el aire subiendo por el esofago con ímpetu. Hacíase mayor la ansiedad del enfermo á cada instante; y sin embargo, la respiracion y voz permanecian ilesas; tampoco se observaba en el ismo de las fauces y en la parte esterior del cuello ninguna alteracion en su forma y aspecto. Introdújose una sonda en el esófago que penetró con mucha facilidad, pasando por el punto á que referia el enfermo la sensacion de estar detenido el pedazo de tendon: practicóse un atento exámen con la sonda sin encontrar ningun obstáculo en el paraje indicado, y sin aliviar por esto nada al paciente.

La region señalada por él como asiento del cuerpo estraño que decia sentir, correspondia precisamente al hueso hyoides. Asegurado el doctor Mugna de que no existia tal cuerpo estraño en este punto, imaginó que la disfagia que se observaba era de la especie que se ha referido á la lujacion, y mejor, dice, á la diastasis de las prolongaciones cartilaginosas de dicho hueso. Consecuente con esta idea introdujo el índice y dedo medio de la mano derecha en el ismo de las fauces del enfermo, mas allá de la base de la lengua é imprimió al hueso hyoides algunos movimientos segun aconsejan los autores que han tratado de esta especie de disfagia; manteniendo al mismo tiempo aplicada la mano izquierda al rededor del cuello sobre dicho hueso. Esta maniobra tan sencilla hizo desaparecer al momento la molesta sensacion que esperimentaba el enfermo, y poco despues pudo tragar alimentos y bebidas en abundancia. Desde entonces no habia vuelto á esperimentar fenómenos análogos, ni sentido ninguna alteracion en su salud, cuando al cabo de dos años tragando un gran bocado de torta (*dura e fredda polenta*) esperimentó al momento los mismos accidentes. Ilustrado por su primera esperiencia, recurrió el doctor Mugna á los mismos medios con iguales resultados.

Fué debido, como se observa, el feliz éxito á las maniobras hechas, con el objeto de colocar en su situacion normal las partes cartilaginosas, creyendo Mugna que habia cambiado de direccion el hueso hyoides; y como no ha podido concebir la lujacion de los apéndices de este hueso, ha admitido la diastasis. Pero por una parte como Ollivier no encuentra mas satisfactorias las razones dadas en favor de la diastasis que aquellas en que se apoya la idea de considerar el accidente como una lujacion, y ademas Mondiere advierte que muchos espasmos se han curado con idénticas maniobras; la cuestion pues está muy distante de resolverse; así es que volveré á ocuparme de ella al hacerlo del tratamiento.

§. III.—Síntomas.

Entre los caractéres que los autores atribuyen al esofagismo, uno de los principales es su *aparicion repentina*, frecuentemente durante la comida y en un estado de completa salud. Mondiere cita en apoyo de esto un hecho observado por Monró, y en el que se trataba «de un sugeto de edad avanzada que dos veces en su vida fué sorprendido repentinamente, estando comiendo, de un espasmo del esófago que le impedia tragar. El primer ataque solo duró algunas horas, disipándose á beneficio de unas enemas anodinas, y el segundo se prolongó por cuatro dias.»

Una vez desarrollado el espasmo del esófago, varían los síntomas (segun Hoffmann lo habia advertido, y mas recientemente Mondiere) con respecto al punto afectado; si se refiere el espasmo á la parte superior del esófago y con mas razon á la faringe, son espelidos los alimentos con mucha fuerza tan pronto como se ingieren. Cuando la constriccion espasmódica ocupa la parte inferior, se detienen los alimentos en este punto, ó son espelidos por un movimiento antiperistáltico, segun espresion de Hoffmann.

Existe ordinariamente cierto *dolor* durante la regurgitacion; sin embargo, tambien se le ha observado sin que esto se verifique; de lo que Mondiere cita un ejemplo, segun Latourette. Preciso es ahora hacer una reflexion relativa á este punto; hemos visto que no se habia diferenciado el espasmo dependiente de una esofagitis, del nervioso; ¿la falta de dolor no indicaria la existencia del último? Hé aquí un punto digno de ser estudiado.

Relativamente á esta regurgitacion, no puedo menos de referir el hecho recogido por Courant (*de nonnullis Morb; convuls. œsoph;* Montpeller, 1778) é indicado por Mondiere, en el que el bolo alimenticio permanecia por cierto tiempo encerrado en el esófago, y ascendia y descendia simultáneamente, ó era de pronto arrojado afuera con violencia ó precipitado en el estómago. En otro caso citado por Hoffman, solo se detenia en el esófago el último bolo alimenticio, no pudiendo precipitarle sino á beneficio de mucha cantidad de líquido. Puédese evitar este fenómeno de regurgitacion por ciertas precauciones tomadas por el enfermo: consisten segun Courant, que ha observado un hecho de esta especie, en masticar mucho tiempo y con lentitud los alimentos y aprovechar el instante favorable, en términos de

engañar, por decirlo así, al espasmo (véase Mondiere, *loc. cit.*).

Se ha hablado tambien de síntomas que pertenecen mas bien á las vias respiratorias que á las digestivas. Así se han observado *espasmos violentos* de la *garganta* durante la deglucion de los líquidos, ponerse la *cara lívida*, inclinarse la cabeza atrás, percibirse un *gorgoteo* en las fauces, presentarse violentas *congojas* y hasta la verdadera *pérdida del conocimiento*. Fenómenos que pueden esplicarse de dos modos: cuando aparecen despues de la ingestion de los líquidos, ¿habrá ocasionado el espasmo del esófago la entrada de una corta cantidad de ellos en la laringe? y cuando despues de los sólidos ¿no deberán atribuirse á la compresion de la tráquea por el bolo alimenticio? Creo que deben estudiarse los hechos bajo este doble aspecto.

Tales son los fenómenos que *ocurren durante la deglucion*. Examinemos ahora, segun Mondiere que ha estudiado con el mayor cuidado esta enfermedad, cuáles son los síntomas de los *intervalos*.

Una sensacion de *dificultad* ó *constriccion*, la de un cuerpo estraño, de una *bola*, de un *huevo de paloma*, como lo ha observado Hoffmann, existe en un punto muy variable del esófago. Estas sensaciones son mas ó menos incómodas en los diversos momentos del dia, y sin poder encontrar una causa que lo esplique de un modo satisfactorio.

Todos los autores han convenido con Hoffmann en la existencia del *hipo*. Desgraciadamente no se ha estudiado con la suficiente atencion para saber en qué casos, en qué circunstancias y en qué clase de espasmo se encuentra. A la observacion pertenece todavía ilustrar este punto.

Háse visto acometer á los órganos de la respiracion, aun fuera del acto de la deglucion. Estínguese entonces completamente la *voz*, la *respiracion* es anhelosa, y á veces la *sofocacion* inminente; signos, que segun F. Hoffman, pertenecen casi esclusivamente al *espasmo de la faringe*.

En ciertos casos llegan estos fenómenos al mayor grado de intensidad, y por otra parte está tan afectada la imaginacion de los enfermos, que existe una verdadera *hidrofobia*. Mondiere refiere un hecho muy notable de esta especie, copiado del doctor Barbantinis (*Giorn. di. phys., chim*; t. 10), trátase de un jóven á quien mordió su perro. Habiéndose éste perdido, creyó su amo que rabiaba, y tan conmovido se puso que al dia siguiente tenia todos los síntomas de la hidrofobia. Habíase imposibilitado la deglucion y tuvo algunos

accesos de furor, cuando nueve dias despues de la ocurrencia pareció el perro; y habiendo conocido su amo que no rabiaba, sintióse bueno inmediatamente.

Por último, debemos indicar con Mondiere algunas particularidades que ocurren en esta dolencia como en todas las afecciones nerviosas. «Unas veces, dice este autor (*loc. cit.*), las *bebidas calientes* se ingieren mejor, y otras sucede precisamente lo contrario. Lo mas comun es poder tragar solo los líquidos; pero á veces no se degluten *mas que los sólidos*. Elselenius (*Med. und. Chir. Beauserk.*; Francfort, 1789) ha visto un hombre que tragaba sin dificultad los alimentos tanto sólidos como líquidos que estaban calientes, y que al momento que intentaba tragar alguna cosa á la temperatura ordinaria, esperimentaba una especie de carraspera en la garganta. Cerrábase el cardias, y permanecian los alimentos en el esófago hasta que el enfermo bebia algo *caliente*. Entonces se dilataba dicho orificio, penetrando el bolo alimenticio en el estómago. Th. Percival y Bleuland, refieren casos idénticos. Tambien se observa lo contrario, y veremos en el artículo *tratamiento*, que el *hielo* ha curado algunas veces la enfermedad. Courant ha visto recorrer los *alimentos sólidos* con mucha facilidad todo el esófago y no poderse tragar los líquidos sino gota á gota. Dumas (*Caus. et. obs. de Méd.*, París, 1824) ha asistido una enferma en que la deglucion de los sólidos se hacia con mas facilidad que la de los líquidos.» Por esto se observa que tales fenómenos varían mucho segun los casos.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es irregular como el de todas las neuroses: en un caso citado por el doctor Desgranges, se presentó la enfermedad bajo la forma intermitente que se contuvo con la quinina; pero casos de esta especie son raros.

Segun Mondiere, no es constante la duracion del espasmo del esófago; así que puede durar veinte y cuatro horas, ó prolongarse sin remision dias enteros. Tal aconteció en un caso citado por Bleuland, segun Osterdyck, pues no hubo remision ninguna en el espacio de doce dias. Tambien se ha hablado de esofagismo de larga duracion; pero segun advierte Mondiere, en estas ocasiones aparece la enfermedad con intervalos mas ó menos largos.

No se conocen ejemplos de espasmo del esófago *terminados* por la muerte, á menos que no se trate de casos de verdadera hidrofobia.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Rara vez hemos tenido ocasion de examinar el esófago de los sugetos afectos de esta enfermedad. Así poco ó nada tenemos que decir acerca de las alteraciones anatómicas. Mondiere cita, refiriéndose á Howship, un caso en el que el esófago estaba muy contraido en un punto limitado; pero sin lesion de testura. Baillie que ha encontrado la misma contraccion, dice haber observado que se hallaba el esófago mas endurecido en este punto que en el estado natural. ¿No habia entonces mas que un simple espasmo? Finalmente en los sugetos que han fallecido de hidrofobia no ratifica; nada de particular se ha observado en el esófago.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* del espasmo del esófago no presenta en general graves dificultades: molestia en la deglucion que aparece de repente en medio de un estado de completa salud y durante la comida, sin que antes hubiera la menor dificultad en la deglucion, todo lo que anuncia evidentemente que la enfermedad es de índole nerviosa.

Réstanos ahora decir cómo podremos diferenciar este espasmo puramente nervioso del que acompaña á la *inflamacion espontánea*; pero así como hemos visto antes, nunca podremos conseguirlo en vista de las observaciones que nos han remitido los autores. Respecto al espasmo que produce la *ingestion de las sustancias acres é irritantes*, basta para el diagnóstico el conocimiento de la causa.

He indicado mas arriba el diagnóstico diferencial del espasmo del esófago y la estrechez orgánica (véase artículo *Cáncer del esófago*); asi que no creo deberlo repetir.

Falta ahora hacer la diferencia entre el esofagismo y la *paralisis del esófago*; pero creo deberremitir al lector al artículo siguiente, en que se tratará de esta última enfermedad (1).

Pronóstico. En vista de lo que hemos dicho, claro es que el pronóstico debe considerarse como poco grave. En el curso del histerismo é hipocondría, casi siempre se disipan estos síntomas espontáneamente. Así que, no debe temerse el

---

(1) Compréndese fácilmente por qué he insistido menos en el diagnóstico diferencial de las afecciones del esófago, que en las demas enfermedades descritas hasta ahora. Querer en el estado actual de la ciencia resolver estas cuestiones con mas precision, seria esponerse á emitir aserciones que necesitarian despues rectificacion. Deseamos que la observacion destruya cuanto antes esta vaguedad.

espasmo del esófago sino en los casos en que hay una verdadera hidrofobia, y en la que se halla muy afectada la imaginacion de los enfermos.

§. VII.—Tratamiento.

El tratamiento del espasmo del esófago es muy variado; pues cada autor ha empleado medios particulares, y nunca se han intentado una série de observaciones, deduciendo su verdadero valor. Preciso es pues limitarse á indicar las principales medicaciones, y sobre todo las que se han aconsejado en casos particulares.

Evacuaciones sanguíneas. F. Hoffman, apoyado solo en teorías, recomendó y practicó en algunos casos (*Consult. et Resp. med.*, cent. 1, sect. 2), la *sangria general*; pero como este medio se reunió á otros muchos, no sabemos á quiénes atribuir la eficacia real. Poco la han usado los demas prácticos á menos que no dependiese el espasmo de la inflamacion del esófago, caso de que no nos ocupamos en este momento. Tambien aconsejaba el autor citado la *aplicacion de sanguijuelas al ano*, siempre que creia depender el mal de una supresion de las hemorroides: práctica que algunas veces ha sido imitada. Por lo espuesto se ve que solo poseemos noticias vagas sobre tales remedios, cuyo uso contraindica generalmente la índole nerviosa de la afeccion.

Antiespasmódicos. Considerada la naturaleza de la enfermedad, debemos esperar que figuren en el tratamiento del esofagismo gran número de remedios antiespasmódicos. Efectivamente, tal sucede; y no ha sido F. Hoffman quien menos ha reunido y prodigado su uso. Empléanse al interior ó esteriormente, y su efecto difiere mucho en concepto de Mondiere, segun que se propinen de uno ú otro modo: así es que convendrá examinarlos bajo ambos aspectos.

Antiespasmódicos usados interiormente. Uno de los que se ha empleado mas comunmente, es el *alcanfor*; pudiéndole administrar bajo la forma de julepe; por ejemplo, el siguiente:

R.	Alcanfor.	6 granos.
	Miel de sauco.	1 1/2 onzas.
	Agua de melisa. . . .	5 onzas.

Mézclese para tomar á cucharadas.

O bien las píldoras:

R.	Alcanfor.	1/2 dracma.
	Nitro.	4 escrupulos.
	Jarabe simple.	C. S.

Háganse cuarenta píldoras para tomar dos ó tres diarias.

Tambien se han aconsejado el *castoreo*, *almizcle* y *asafétida*: contiene la siguiente pocion dos sustancias de las mencionadas.

R.	Tintura de castoreo.	áá 1/2 dracma.
	— asafétida.	
	Espíritu de asta de ciervo.. . . .	1 escrúpulo.

Mézclese. Para tomar á la dósis de 15 á 20 gotas cada una ó dos horas, en una taza de *infusion de manzanilla*.

Debe usarse el almizcle á mayor dósis en el caso de que tratamos; así que, se prescribirá:

R.	Almizcle.	4 granos.
	Azúcar de leche.	8 idem.

Mézclese. Para una dósis; repitiéndola dos ó tres veces al dia.

Puédense dirigir estas sustancias á la parte inferior del tubo intestinal á beneficio de *enemas*; y así acontece frecuentemente, por hallarse del todo impedida la deglucion. J. Franck recomienda con mucho empeño la preparacion siguiente:

R.	Infusion de manzanilla.	6 onzas.
	Asafétida.	1/2 dracma.
	Yema de huevo.	n.º 1

Para una enema.

No creo deber insistir mas en una medicacion que, como dice Mondiere, no cuenta con un hecho en que haya tenido completo resultado. Así que, me limitaré á consignar que F. Hoffmann tenia la mayor confianza en el *succino*, y sobre todo en el *licor anodino*; copiando además una fórmula de este práctico, en la que figuran muchas otras sustancias, de que no he hecho mérito hasta ahora:

FÓRMULA DE HOFFMANN.

R.	Hojas de salvia.	áá un puñado.
	— verónica..	
	Sumidades de ciento en rama. . .	
	Flores de manzanilla.	
	Simiente de hinojo.	áá 2 dracmas.
	Anís estrellado.	

Infúndanse en C. S. de agua. Para beber á tazas.

Antiespasmódicos usados esteriormente. Tambien ha insistido mucho F. Hoffmann en el uso tópico de los antiespasmódicos

que él aplicaba á la boca y faringe. Así queria que se pusiese bajo la lengua cierta cantidad de *triaca*, haciendo bajar poco á poco á la faringe y esófago el *castoreo*, *alcanfor*, *azafran* y algunas gotas del *licor anodino*, para que de este modo obrasen sobre el punto afecto. ¿No debe temerse con razon en tales casos que los movimientos de deglucion sean mas perjudiciales que útiles?

Tomás Percival, citado por Mondiere, consiguió curar un espasmo del esófago introduciendo en este conducto vapores de *asafétida*, disuelta en una infusion de plantas aromáticas. Para emplear este medio podemos adoptar la fórmula siguiente:

R.	Asafétida..	2 y 1/2 dracmas.
	Infusion hirviendo de salvia y romero.	9 onzas.

Para fumigaciones tres veces al dia.

Recomendando al enfermo hacer algunos movimientos de deglucion, mientras se las esté dando.

Narcóticos. Cuentan estos ventajas mas evidentes. Jourdan (*Dict. des Sciences Médic.*, tomo 10) cita un hecho, en el que cedió un esofagismo muy graduado á beneficio de *quince gotas de tintura de opio* repetidas de cuatro en cuatro horas. Desapareció á la sesta toma, en términos que el sugeto habia tomado noventa gotas de tintura en veinte y cuatro horas. Parecerá enorme esta dósis, y fácilmente se comprenderá lo que debe suceder en tales casos.

Hánse administrado tambien el beleño y la belladona; pero como carecemos de las suficientes pruebas relativamente á la ventaja de ellos sobre el opio, creo inútil recurrir á su uso.

Casi siempre se han empleado los narcóticos tópicamente: Chambon de Montaut, citado por Mondiere, refiere una curacion pronta de un esofagismo á beneficio de la aplicacion al cuello de *cataplasmas compuestas* con el *beleño* y la *cicuta*. Igualmente Suchet (*Journ. compl.*, tomo 15) menciona un caso semejante en que se consiguió la cura, mediante *fricciones* practicadas sobre las regiones torácica, traqueal, frontal y temporal, con una mistura compuesta del *éter acético* y *opio de Rousseau*. Puédese usar con igual objeto la preparacion siguiente:

R.	Infusion de beleño..	6 onzas.
	Eter acético.	1 dracma.
	Láudano de Rousseau.	30 gotas.

Pero no hay caso que mas llame la atencion, que el referido por el doctor Omboni, en el que usó la *morfina por el método endérmico*. Colocado un vejigatorio en la parte inferior y anterior del cuello, se aplicó sobre la piel despojada de epidermis 1/4 de grano de *sulfato de morfina*, cesando pocas horas despues de esta aplicacion, para no volver á aparecer una disfagia sumamente violenta. El doctor Eugenio Bodin (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, tomo 5.º, pág. 373) cita un caso de la misma especie que no es menos notable. En un sugeto que esperimentó repentinamente dificultad de tragar, y que casi no ofrecia vestigio alguno de inflamacion en la faringe, despues de haber echado mano inútilmente por espacio de seis dias este práctico de sanguijuelas, cataplasmas emolientes, fumigaciones en la garganta y pediluvios sinapizados, recurrió al uso de la morfina sobre una cantárida aplicada á la parte anterior del cuello, y *desde el dia siguiente* se restableció en parte la deglucion. De desear es que esta práctica se renueve con frecuencia.

Aceite de cayeput y *balsámicos*. Todavía recomienda J. Franck la aplicacion de diversos medicamentos; así, segun Thumberg (*Diss. de Oleo. caj.*; Upsal, 1797), nos asegura que son útiles las fricciones sobre el cuello y espalda del *aceite de cayeput*; y además recomienda las *fumigaciones secas y balsámicas*, dirigidas á la parte superior del pecho. Las sustancias con que pueden hacerse son: el *succino*, *benjuí* y *mirra*. Mas sencillo es todavía sahumar con ellas un pedazo de franela, y frotar con él la parte inferior del cuello.

Preparaciones mercuriales. Hánse usado las preparaciones mercuriales por Ev. Home, Abernethy, Trucy (*Soc. Méd. de Marseille*; 1817), y con muy buen resultado. Empléanse generalmente en fricciones, practicadas con el *ungüento mercurial*; y siempre se ha intentado con ellas producir una ligera salivacion. Sin negar la posibilidad de la curacion, debo decir la precision con que debiera haberse fijado el diagnóstico en semejantes casos. Efectivamente hemos visto que las úlceras del esófago determinan la regurgitacion espasmódica; y nos queda por averiguar si eran accidentes consecutivos de la sífilis.

Electricidad. Tambien se ha apelado al uso de la electricidad; y muchos casos se citan en que dirigidas hácia el ismo de las fauces *descargas eléctricas* se ha restablecido la deglucion, que era muy difícil, ó imposible. Si quisiéramos recurrir á semejante medio podríamos emplear el *electromagne-*

tismo, sirviéndonos del instrumento de Clarke ó de Lebreton.

Bebidas frias y hielo. Refieren los autores hechos en que se ha restablecido la deglucion á beneficio de *bebidas frias* (véase Tode, *Adv. Méd. prat.*, Hafn., 1729; y Montat, *Hist. de l'Acad. roy. des Sciences*, 1758), y del hielo derretido en la boca. Hemos visto anteriormente, al esponer los síntomas, que algunos enfermos no esperimentaban la disfagia sino durante la ingestion de bebidas calientes: en estos es precisamente donde debemos esperar mejores resultados de esta práctica; pero sucede á veces lo contrario, y entonces es muy natural opinar que el hielo y bebidas frias están contraindicados.

Cateterismo del esófago. Se sabe que en casos de estrechez espasmódica de la uretra, se ha obtenido un resultado pronto introduciendo una sonda y forzando el obstáculo, debido solo á la simple contraccion del conducto; esto ha inducido á emplear el mismo medio en el tratamiento del espasmo del esófago, siendo muy numerosas las curaciones obtenidas á beneficio del cateterismo. Mondiere cita las principales, habiéndolas copiado de Gerbezius (*Misc. cur. nat.*, dec. 3.ª, ann. 3.º, p. 6), Ev. Home, Autenrieth, etc. Estos casos son concluyentes, pues tan luego como se practicó el cateterismo, se restableció la deglucion para no dificultarse mas. Así en el que observó Gerbezius, inmediatamente que pasó un estilete guarnecido de una esponja por el punto en que existia la constriccion, todo volvió á su estado normal. No es menos concluyente el hecho que refiere el doctor Stevenson; y además ofrecia la particularidad de haber dos obstáculos espasmódicos, situado uno en la parte superior del esófago, y el otro en la inferior.

Veamos ahora cómo esplica Mondiere la pronta curacion obtenida por la introduccion de los dedos en la garganta, y la colocacion de los cartílagos en las pretendidas lujaciones ó diastasis de los apéndices del hyoides. Existia la constriccion en el punto que se reunen la faringe y esófago; bastando para que cesára, la compresion ocasionada por los dedos al introducirlos.

A propósito de la introduccion de la sonda en el esófago afecto de constriccion espasmódica, es necesario recordar una particularidad, advertida principalmente por Dupuytren y Lisfranc, tratándose de las estrecheces espasmódicas de la uretra. Tan luego como la estremidad de la sonda llega al punto estrechado espasmódicamente, aumenta la constriccion y parece insuperable el obstáculo; pero si se deja el cateter

un instante en contacto con el punto afecto, cesa el espasmo y vencemos al momento el obstáculo.

Háse aconsejado en las estrecheces espasmódicas de la uretra que con tanta dificultad atraviesa la sonda, untarla con el estracto de belladona. Mondiere advierte que igual medio puede usarse ventajosamente en la enfermedad análoga del esófago.

Por lo espuesto se conoce que en el mayor número de casos el medio mas eficaz está constituido por el uso de las sondas; así merece una especial recomendacion, siempre que estemos convencidos que existe un verdadero espasmo del conducto alimenticio.

Finalmente, importa mencionar el hecho referido por Boyer, acerca de la conducta que debe observarse con *los enfermos cuya imaginacion está afectada* Trátase de una histérica, que habiendo sentido cosquilleo y dolor al tragar, no se atrevia á tomar alimentos sólidos de miedo de morir estrangulada. No negó Boyer la posibilidad del accidente; pero asistiendo por espacio de un mes á la comida de la enferma, la aseguró que no tardaria en traerle socorros sumamente eficaces. Poco á poco consiguió sin accidente alguno volver á sus antiguas costumbres.

Precauciones que deben tomarse en el tratamiento del esofagismo.

Evitar las emociones morales.

Buscar la temperatura mas á propósito para favorecer la deglucion de los alimentos.

Emplear como ayudantes los baños generales.

Resúmen. Por lo espuesto se vé el poco rigor que ha presidido al estudio del tratamiento del esofagismo. No siendo esta enfermedad mortal en el mayor número de casos, y tendiendo con mucha frecuencia á terminarse espontáneamente, solo podremos conocer el valor comparativo de los medios terapéuticos empleados para combatirla, cuando hayamos estudiado con cuidado su curso y los efectos inmediatos de los diversos remedios. Pero esto es precisamente lo que todavía no se ha hecho; así todo cuanto podemos decir se reduce, á que el uso de la morfina por el método endérmico, y la introduccion de sondas, parecen ser los mas eficaces. No creo ser necesario formar prescripciones para este tratamiento, pues no es posible en el estado actual de la ciencia determinar los casos en que ciertos agentes terapéuticos se hallan indicados; así que, le será fácil al médico elegir los que mas apropiados le parezcan.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas; antiespasmódicos interior y esteriormente; narcóticos; fricciones balsámicas; electricidad; bebidas frias; hielo; cateterismo del esófago; sondas cubiertas con estracto de belladona.

ARTICULO XIII.

PARALISIS DEL ESÓFAGO.

Esta afeccion, designada por Hoffmann con el nombre de *atonia musculorum pharyngis*, y que otros médicos han llamado *gulæ imbecillitas*, constituye ordinariamente un síntoma de otras afecciones mas graves, y en especial de las cerebrales.

Cuando es idiopática ocurren muchas dificultades para investigar su causa. Se ha visto aparecer en el *mismo momento de la deglucion*, pero probablemente este acto no ha hecho mas que darla á conocer. El doctor Wilson, citado por Mondiere, creyó en una ocasion que un *exóstose de la parte superior de la columna vertebral, comprimiendo los nervios neumo-gástricos*, ocasionaba la paralisis del conducto alimenticio. Tambien se observaban otros exóstosis en los miembros inferiores.

Pocos son los *síntomas* de esta enfermedad; así que, pueden considerarse como principales la *detencion del bolo alimenticio* en el conducto esofágico; los *esfuerzos inútiles* que hace el enfermo para que llegue al estómago, la *agitacion* que de esto resulta, y á veces las *convulsiones*.

Háse observado en algunos casos que tomando los líquidos en corta cantidad, costaba mas trabajo deglutirlos; y que por el contrario, un volúmen considerable de ellos penetraba con mucha facilidad en el estómago. Y en tales casos se notaba tambien que los enfermos *tragaban mejor los sólidos* que los *líquidos*. Todos estos fenómenos se han presentado especialmente cuando la *paralisis* es *incompleta*. Fácilmente se comprenden estos hechos cuando se medita que la contraccion de la faringe se debe ejecutar con mayor facilidad sobre una masa que suministra un punto de apoyo á sus fibras musculares. En otros casos, tales como el que cita F. Hoffmann, no puede el bolo alimenticio llegar al estómago si no á *beneficio de gran cantidad de líquido*.

Cuando es *completa* la *paralisis* se detiene en la parte superior del esófago, pudiendo ocasionar la sofocacion y hasta el síncope. Se han observado estos síntomas en los *paralíticos*

enajenados; pero trátase entonces de una paralisis sintomática, de que hablaremos mas adelante.

Otro de los fenómenos dependientes de la paralisis del esófago, consiste en la entrada en la laringe de porciones de alimento y algunas gotas de líquido que ocasionan una *tos convulsiva*.

Esta enfermedad, aun en los casos en que se ha llegado á curar, siempre ha sido de *larga duracion*; y casi siempre ocasiona un enflaquecimiento mas ó menos considerable, segun la eficacia de los medios empleados para mantener las funciones digestivas.

Aunque, como acabo de anunciar, la detencion del bolo alimenticio en el esófago puede ocasionar algunos fenómenos nerviosos, es fácil distinguir la paralisis del esófago del espasmo de dicho conducto. Efectivamente no se observa en la primera ningun punto donde se advierta obstáculo, ni regurgitacion; ni tampoco se detiene la sonda en el cateterismo, antes por el contrario es sumamente fácil; así que, son tan marcados los *caractéres diferenciales*.

El *pronóstico* de la paralisis del esófago siempre es muy grave; sin embargo, no tardaremos mucho en citar algunos casos de curaciones, que no debe el práctico olvidar.

Tratamiento.

1.° *Tratamiento curativo.* Háse querido curar la paralisis del esófago á beneficio de los estimulantes. F. Hoffmann recomienda muy particularmente su *bálsamo de vida*, de quien no daré la composicion exacta por ser demasiado complicada; pero que contiene como sustancias principales, e *aceite de cubeba*, *espliego*, *limon*, *nuez moscada*, etc., del que mandaba tomar algunas gotas con azúcar.

En un caso que Sedillot refiere, lo ha conseguido mediante remedios análogos. Efectivamente se prescribió agua cargada con una dósis escesiva de mostaza pulverizada; interiormente el mismo licor, bajo la forma de colutorios, y el uso de *vino generoso*, con lo que se curó la enferma en quince dias.

Tambien se ha apelado en tales casos á las *aplicaciones tópicas*; pero se coloca un *ancho vejigatorio*, y se practican friegas muchas veces al dia con el linimento siguiente:

R. *Amoniaco líquido*. . . . . 2 dracmas.
Aceite de almendras dulces. . . . . 1 onza.

Mézclese.

La accion de la *tintura de cantárida*, aplicada con un

pincel sobre el fondo de la faringe, es idéntica á la de los remedios anteriores. No obstante, este medio le ha propuesto Læflev, citado por Mondiere, (*loc. cit.*, pág. 48).

Finalmente, el doctor Coze ha tratado la afeccion que nos ocupa con estracto alcohólico de la nuez vómica, colocado sobre una cantárida, que se aplica á las partes laterales del cuello. Para emplearle es necesario curar la úlcera con cerato, al que en cada cura se le añaden *dos granos de estracto alcohólico de nuez vómica*. Igualmente se podrá espolvorear la despojada de epidermis con 1/3, 2/3, ó 1 grano de estricnina.

Háse recurrido tambien á la *electricidad*; pero si se esceptúa un hecho referido por Mouró, carecemos de observaciones bien terminantes en las que haya este medio producido un resultado evidente.

En un caso observado por Wilson, y en el que se sospechó la existencia de un exóstose de la columna vertebral, se empleó con las mayores ventajas el *tratamiento mercurial:* hecho que no conviene dejar desapercibido. Respecto á las preparaciones mercuriales que deben usarse en tales casos, no tienen nada de particular.

2.° *Tratamiento paliativo.* Finalmente, cuando la paralisis no promete una segura curacion, debemos echar mano de los paliativos. Así se *introducirá la sonda esofágica* para inyectar en el estómago alimentos semi-líquidos, ó bien despues de haber recomendado al enfermo introducir en la faringe con la lengua los alimentos, tan profundamente como se pueda, se empuja el bolo alimenticio hasta el estómago á beneficio de una varilla de ballena, á cuya estremidad se ata una esponja: Willis trató á todo trance de conservar la existencia á un hombre que no podia tragar. Aprendió éste á conducir por sí mismo del modo indicado los alimentos al estómago, de tal maner aque hacia diez y seis años que vivia de este modo cuando Willis escribia su observacion. Baster, citado por Mondiere, refiere un hecho análogo, y el que tuvo un resultado mas particular, pues despues de emplear el enfermo este medio por espacio de catorce meses, recobró completamente la facultad de tragar. Así que, debemos enseñar á los enfermos á emplear la varilla de ballena, en cuya estremidad hay una esponjita, operacion que no tardan mucho en ejecutar con la mayor agilidad.

Termino en este sitio cuanto tenia que esponer acerca de las enfermedades del esófago. Los *cuerpos estraños* en

dicho conducto y *pólipos* pertenecen esclusivamente á la cirugía; así que, nos abstenemos de hablar de ellos. Por lo que toca al *hipo*, como no se halla aun demostrado que pertenezca esclusivamente á las afecciones del esófago, hablaré de él despues de hacerlo de las del estómago.

Aplícase una reflexion general á la historia de las lesiones del esófago, tal como en el estado actual de la ciencia la poseemos, y es, que si en los principales puntos carece de la precision necesaria, la dificultad en el diagnóstico, falta de detalles en las observaciones y poco rigor en sus investigaciones, lo motivan sin duda; así que, es de esperar que la observacion se encargue de un modo especial de enfermedades que no carecen algunas de mucha gravedad.

CAPITULO IV. (1)

AFECCIONES DEL ESTÓMAGO.

Las reflexiones generales presentadas abajo, relativamente á las enfermedades del conducto intestinal, se aplican á las

---

(1) Habiendo tratado de las enfermedades de la parte superior de las vias digestivas en la mitad precedente de este libro, entramos ahora en las que tienen su asiento en los órganos contenidos en la cavidad abdominal. Como en mucha estension solo están protegidos por una pared blanda y tan depresible, que permite una esploracion casi directa; parece que há mucho tiempo debió llegarse al conocimiento mas preciso de sus afecciones. Así hubiera sucedido, á no impedirlo muchas causas, entre las que figuran principalmente el gran número de órganos que una misma cavidad contiene; y por tanto, la dificultad de precisar cuál es el punto enfermo, la profundidad á que frecuentemente se encuentran las lesiones, y lo inútil que es la esploracion directa en los órganos huecos con motivo de su situacion. Sucede además, que lejos de estar mas adelantada que la de ningunas otras enfermedades, la historia de muchas de las abdominales choca por su insuficiencia, y deja materia libre á los observadores. Citemos, por ejemplo, la gastritis y la enteritis; afecciones que á primera vista pueden tenerse por algunas de esas que son mas fáciles de estudiar, y sin embargo hasta ahora no han podido serlo sino imperfectamente, como mas adelante veremos, aun habiéndose ocupado de ellas particularmente muchos autores.

A los medios esploratorios, usados en el diagnóstico de las enfermedades del abdómen, se ha incorporado en estos últimos tiempos *la percusion*, de cuyos resultados, aunque hemos de apreciarlos en el curso de este capítulo, debemos anticipar algunas nociones generales, puesto que el práctico se interesa en tener idea exacta de

del estómago: no es precisamente porque no se haya escrito mucho respecto de estas afecciones; pero siendo difíciles las investigaciones, y habiéndose sostenido las mas diversas opiniones, apenas se descubre la verdad en medio de tantas aserciones contradictorias. No poco han contribuido á oscurecer la cuestion las ideas teóricas de nuestros tiempos: sábese en efecto, que Broussais y los que siguen su doctrina, han reasumido casi todas las enfermedades en una afeccion de estómago. A pesar de que se propagaron estas ideas con tanta mas facilidad, cuanta mas sencilla era y mas pomposamente se profesaba la teoría, el estudio de los hechos ha probado bien pronto cuán erróneas son. A la verdad él nos ha demostrado que, lejos de ser el estómago el punto de

---

su utilidad. Si en esto hubiésemos de creer á Piorry, del uso de[1] *pleximetro*, dataria una nueva era para la historia de las enfermedades del abdómen, y nada seria en adelante mas fácil que conocerlas y tratarlas; pero no hay persona de juicio reflexivo que quede convencida de la verdad de estas proposiciones, leyendo los trabajos que sobre el particular ha publicado dicho médico. En primer lugar, para todo el mundo es evidente, escepto para él, que el plexímetro, aunque algo menos inútil en la esploracion del abdómen que en la del pecho, solo es ventajoso en pocos casos: en segundo lugar, no puede considerarse la percusion sino como uno de los numerosos medios propios para dar á conocer las enfermedades abdominales, y de resultados tales, que las mas veces seria lo mas fácil pasar sin él, si el práctico no debiese usarlos todos.

No se concibe, pues, cómo haya podido elogiarse tan exageradamente un medio diagnóstico de utilidad limitadísima, ni con qué motivo se ha querido compararle á la auscultacion para las enfermedades del pecho. Justo es oponerse enérgicamente á semejantes pretensiones, porque la percusion, tal como Piorry aconseja practicarla, es trabajosa, molesta para el enfermo, y no tiende nada menos que á desacreditar al práctico, si se descubre que frecuentemente tiene por único resultado satisfacer una curiosidad vana, ó conducir á consideraciones erróneas.

Pero ¿qué sucederia si del uso mal entendido de este medio se dedujesen consecuencias prácticas tan controvertibles como son las que saca Piorry y forman la base de su Terapéutica? En todo lo que de obra llevo, he demostrado cuánta consideracion no merecen los síntomas principales en el tratamiento de las enfermedades; pero el médico que cito, particularmente desde que comprobó por la percusion la existencia de alguno de estos síntomas, solo atiende ya á los fenómenos aislados, y olvidándose completamente del conjunto de la enfermedad, se dedica á combatir minuciosamente cada cual de los referidos fenómenos. Semejante medicina, *puramente sintomática*, es tan inadmisible, que adoptarla seria retrogradar con la

partida mas frecuente de las enfermedades agudas, casi siempre, por el contrario, padece secundariamente, y que en los casos raros de no suceder así, dista mucho de que su inflamacion despierte numerosas simpatías, como se habia dicho. Ha sido, pues, necesario principiar sobre nuevos datos el estudio de estas enfermedades, de las que me ha sido por consiguiente difícil reunir muchas observaciones. Con todo, á fuerza de perseverancia y trabajo, he llegado á recoger mas documentos precisos de los que esperaba, y con ellos trato de esforzarme para aumentar las luces que hasta ahora se han difundido sobre la historia de las afecciones del estómago.

La division que mas útil me parece es la siguiente: primero trataré de la *hemorragia del estómago*; despues del

---

ciencia á los tiempos bárbaros, perdiendo el fruto de los mejores trabajos que han ilustrado la Terapéutica en nuestra época. Cierto es que Piorry no quiere que se le llame sintomática á su medicina: dice que trata estados *órgano-patológicos*; mas este abuso de lenguaje, que le es tan comun, solo á él podrá engañar; que esos pretendidos estados órgano-patológicos no son mas que los síntomas principales de la enfermedad.

Resulta, pues, que un práctico juicioso se contentará con usar de la percusion como de un medio auxiliar en algunos casos, y la practicará con miramiento, sin dar al enfermo posturas chocantes, y sin prolongar demasiado, como algunos hacen, el exámen, puesto que para obrar de otro modo no hay la escusa de utilidad incontrovertible.

Si en esta segunda parte de las enfermedades de las vias digestivas no se encuentra ni el *cólico de plomo*, ni la *fiebre tifoidea*, es porque me han inducido á colocar estas enfermedades en diferente lugar las razones siguientes: el cólico de plomo solamente es un conjunto de síntomas, por el que se nos manifiesta la *intoxicacion saturnina*; y como esta intoxicacion, tan bien estudiada en nuestros tiempos por Grisolle y Tanquerell des Planches, desarrolla tambien síntomas en órganos muy diferentes, no obstante que la causa primitiva, única, es la introduccion de plomo en la economía, se tendrá, pues, la ventaja de reunir en un mismo capítulo los diversos resultados de una misma causa, tratando todas las enfermedades saturninas en el consagrado á los *envenenamientos*. Respecto á la fiebre tifoidea, es indudable que hay menos motivos para separarla de las demas afecciones abdominales, puesto que su carácter anatómico esencial es, como veremos, una alteracion especial de las glándulas de Peyer; pero el estado febril tan notable que promueve, estado que la aproxima á las demas fiebres, me induce á reunirla á la amarilla, á la peste, etc., para formar de estas enfermedades un grupo que seguirá á las fiebres exantemáticas.

embarazo gástrico, enfermedad desconocida en su esencia, pero que naturalmente nos conduce á la inflamacion de dicho órgano, la cual llevará los títulos de *gastritis simple aguda*, *gastritis simple crónica*, *gastritis ulcerosa*; en seguida nos ocupará el *reblandecimiento blanco* del estómago y el *gelatiniforme*, que en el estado actual de la ciencia es menester estudiarle por separado, porque estas lesiones han de suscitar discusiones importantes; y hablaremos, por último, de la *perforacion del estómago*, de la *ampliacion morbosa* de este órgano, de la *gastralgia*, con alguna que otra consideracion relativamente á la *gastrorrea*, y de la *indigestion*. En cuanto al *hipo*, que algunos autores le tienen por sintomático de un estado del estómago, otros por fenómeno inherente á las afecciones del esófago, y aun no falta quien le mire como una convulsion de los músculos inspiradores, le dejamos para el capítulo de las neurosis, con tanta mas razon, cuanto que muchas veces es síntoma de una de estas.

ARTICULO I.

GASTRORRAGIA (*hematemesis*).

Tantísimo tiempo hace que se está estudiando el vómito de sangre, que le indica Hipócrates en sus escritos (*de Morbis*, liber 2.º). Aunque le describen Areteo, Galeno y Celio Aureliano, leyendo los trabajos de estos autores se nota al momento que no diagnosticaban con mucha precision esta enfermedad. Principalmente Hipócrates la describe de tal modo que no queda uno seguro ni aun de si efectivamente era sangre lo que se arrojaba por el vómito. En una época no tan remota, se estudió la cuestion mas precisamente: así es que Plater (*Obs.*, lib. 3.º) y F. Hoffman (*Op. omnia*, suppl. 2.º, de *Vomitu cruento*; Ginebra, 1760) trataron de establecer entre la gastrorragia y la enterorragia la distincion en que ya trabajó Henri-Habert (*Obs. méd.*) Pero cuando principalmente se han hecho esfuerzos para llegar á establecer de un modo positivo el asiento de la hemorragia, es desde principios de este siglo. Tenemos que decir, sin embargo, que no poseemos acerca de esta afeccion ningun trabajo de exactitud rigurosa; de suerte que á pesar de las numerosas disertaciones de que ha sido objeto, aun se ofrecen grandes dificultades para su descripcion. Reuniendo cierto número de observaciones es como principalmente me he propuesto estudiar los puntos oscuros.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Con el nombre de *hematemesis* han descrito muchos autores todas las hemorragias en que la sangre se arroja por vómito. El título que he dado á este artículo, indica que así como los autores mas modernos circunscribo mas la enfermedad. En efecto, solo quiero tratar aquí de la hemorragia procedente del estómago, arrójese la sangre por vómitos, acumúlese en el órgano, ó bien espélase por cámaras.

Esta afeccion, descrita por los autores latinos con el nombre de *vomitus niger*, *morbus niger Hippocratis*, *vomitus cruentus*, *vomitus sanguineus*, *hematemesis*, y que han recibido nombres análogos en las lenguas modernas, hoy en dia se designa mas particularmente con el de *gastrorragia*, único que le conviene. Panarolus le llamó *cholera sanguinea*, á causa de los vómitos y deyecciones albinas abundantes que en los mas de los casos se presentan.

La gastrorragia, afeccion mucho *menos frecuente* que la epistaxis y la hemotisis, es originada, como mas adelante veremos, por muchísimas causas diferentes; circunstancia de que sin duda alguna procede el no haberla estudiado con tanto esmero como á estas dos hemorragias, puesto que no ha podido reunirse el número suficiente de casos semejantes. Con todo, en la ciencia se encuentran bastantes observaciones relativas á la enfermedad que nos ocupa; aunque para reunirlas es necesario dedicarse á investigaciones tan largas que los mas de los autores han desmayado. Y si bien es cierto que J. Frank las emprendió, cómo no hizo una análisis exacta de las observaciones y ha confundido en un mismo artículo gastrorragia y enterorragia, ó en otros términos, la hematemesis y la melena, no ha podido presentar una descripcion bastante clara y precisa de la enfermedad que nos ocupa?

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Segun J. Frank (Praxeos med., pág. 3.ª, vol. 1.°, sec. 2.ª pág. 537, *de Hematemesis et morbo nigro Hippocratis*), los *niños* y aun los *reciennacidos* están predispuestos á la hematemesis. En efecto, refiere muchos ejemplos de esta afeccion en recien nacidos, habiéndoles tomado de Storck, Vogel, Schsmitt, etc.; mas aunque nos da repetidas citas, se ocurre la idea de si serán hechos escepcionales que á causa de su ra-

reza recogieron los autores. Y la prueba de que no es otra cosa está, en que los médicos que especialmente se han ocupado de la infancia primera, no consagran artículo ninguno á la gastrorragia. De mí sé decir que durante tres años que he observado las enfermedades de los recien nacidos, no se me ha presentado ni un solo ejemplo de ella.

En vista de las observaciones conocidas en la ciencia, resulta que los adultos, principalmente de 40 á 50 años, son en los que se presenta la gastrorragia. Segun Frank (*Epit. de curandis*, etc., lib. 5.°, pars. 2.ª) es raro ver un ejemplo de hematemesis en sexagenarios; pero á esta proposicion le falta estar basada en informes mas exactos y en estadísticas numerosas.

Es necesario distinguir de casos relativamente al *sexo*; porque si se trata de la hemorragia gástrica sin lesion orgánica, se encuentra con mas frecuencia en las mujeres que padecen la gastrorragia supletoria de los ménstruos: por el contrario si nos referimos á la hemorragia sintomática de una afeccion del estómago, faltan ya datos precisos, y cuanto puede decirse en general se reduce á que las mas veces son de hombres los ejemplos citados.

Aun es mucho mas difícil determinar con alguna precision el valor de ciertas causas predisponentes admitidas por los autores, y por tanto basta enumerarlas. Ellas son el *temperamento pletórico*, segun unos; el *bilioso* en concepto de otros; la *vida sedentaria* y las *enfermedades del corazon* en opinion de Morgagni (de *Causis et sedibus*, epist. XXX) y de Dalmazone; y las *fiebres intermitentes* mal curadas, como cree Latour (*Hist. phil. et méd. des* Hémorrh.; Orleans, 1815). Inútil es advertir qué hipotética es todavía la existencia de estas causas, y con mas razon la influencia que encuentra J. Frank en la *direccion viciosa de las costillas* y en las *anomalias de la arteria celiaca*.

En cierto número de casos se ha admitido la existencia de una *disposicion innata* á las hemorragias, y aun si en esto ha de creerse al autor de una memoria publicada en los *Trabajos de la Academia de Tolosa*, la gastrorragia se ha manifestado con forma *epidémica*; pero vése cuántas investigaciones quedan por hacer sobre este particular.

2.° *Causas ocasionales.*

Importa mucho estudiar las causas ocasionales de la gastrorragia, puesto que se ha partido del punto de vista etiológico, para marcar algunas divisiones en la descripcion de

la enfermedad. Por desgracia son muy insuficientes respecto de este particular las observaciones: de las 27 que he recogido, solamente 18 indican la causa ocasional; y como relativamente á ellas varían tanto los hechos, resulta que las noticias carecen de valor real. Con todo, hay de notable en las observaciones de que se trata, que casi todas son ejemplos de una *alteracion del estómago*, que da orígen á la rotura de un vaso, ó bien de una *supresion de las reglas*. Recorramos ahora las numerosas causas mencionadas por los autores.

En primera línea se han colocado las *violencias ejercidas sobre el epigastrio*. Encuéntranse en efecto algunos ejemplos de este género en los autores, y Plater, entre otros, vió venir en pos de una *contusion del abdomen* una hemorragia bastante copiosa. Tambien dice Vogel que las violencias que sufre el feto durante el parto pueden provocarle una hematemesis. Lo cierto es que á lo menos son muy raros los casos que reconocen tales causas. No obstante que se ha pretendido que las *contusiones en el pecho* produjeron alguna vez el mismo efecto, aún queda esto por demostrar; y otro tanto diremos de los *esfuerzos* para levantar peso, aunque J. Franck cite dos casos en apoyo de esta proposicion. En efecto, no está perfectamente demostrado que la hemorragia proceda del estómago mas bien que de los pulmones: reflexion que tambien es aplicable á las observaciones que se presentan como ejemplos de vómitos de sangre *durante el parto*.

Hasta se ha llegado á decir que la *accion de los vomitivos y de los drásticos* puede producir la gastrorragia; pero J. Franck que admite esta opinion, no cita hechos concluyentes. En prueba de esto, véase entre otros, el que ha tomado de *Mélanges des Curieux de la Nature* (Decuria III, años 7 y 8, obs. 183); porque si bien es indudable que el emético provocó el vómito de sangre, se encuentra sin embargo la razon de este fenómeno en la existencia de una úlcera situada en los alrededores del píloro y parte del páncreas. Así se concibe que el vomitivo suele producir la gastrorragia originando la rotura de un vaso, del mismo modo que acaso lo efectuarán tambien los *purgantes drásticos*.

Como causas de la hemorragia del estómago se han citado tambien las sustancias *emenagogas*; las que se administran para provocar el aborto y otros muchos medicamentos; pero no puede juzgarse de la realidad hasta tener observaciones mas precisas que las que poseemos.

Hemorragias mortales pueden causar ulcerando el estó-

mago *cuerpos estraños*, tales como huesos, monedas, etc., que en él se introduzcan. Entre las observaciones de este género las mas decisivas son las citadas por Schultzer (*Act. Acad. Nat. Cur. ephem.*, vol. III, pág. 307), y por Revolat (*Anal. de la Soc. de Medic. de Mompeller*, tom. IV). Y es lo único notable en el caso que refiere Schultrer, que á pesar de todas las investigaciones no se encontró en la herida hecha en el estómago por el hueso ingerido, arteriola de que pudiese proceder la gastrorragia.

Tambien se han citado ejemplos de hematemesis causada por la presencia de *lombrices intestinales* en el estómago: de este género refiere una observacion Latour, y seria útil que contásemos muchos hechos parecidos. Algunas veces ha sido causa del accidente la introduccion de una *sanguijuela* en el estómago, como de ello es ejemplo el caso siguiente que refiere el doctor Van-des-Bach (*Arch. gén. de Méd.*, tomo XVI, pág. 554). La observacion recae en un soldado que tenia vómitos de sangre muy abundantes y repetidos, que cesaron inmediatamente despues de expeler por la boca una sanguijuela viva; animal que es probable le hubiese cogido en un arroyo donde dice que muy á menudo iba por de noche á beber. Riverio y algunos otros habian ya citado hechos de esta naturaleza.

El doctor Defermon publicó en el *Bulletin des Sciences medicales* (1827) una observacion de hematemesis producida por la *inspiracion de gas hidrógeno carbonado*.

Rápidamente pasaré sobre muchas causas, cuya existencia de ningun modo está demostrada; tales como la presencia de *insectos* en el estómago, el abuso de *bebidas alcohólicas*, la *impresion del frio* en el cuerpo sudando, las *emociones morales*, las *carreras*, *gritos*, etc., para llegar á la *supresion de los flujos sanguíneos*, que es causa importantísima.

Ya habian presentado como causas del vómito de sangre la *supresion* de las hemorragias, principalmente de los *menstruos*, Amatus Lusitanus y Salmutus (Cent. II.ª *Hist* 24). Sobre este punto han insistido los autores que les sucedieron, y son muchos los hechos que vienen en apoyo de semejante proposicion. Entre las 27 observaciones de que ya he hablado, hay 5 en que se comprobó dicha causa, y con la particularidad de que en todos estos casos terminó felizmente la afeccion, no obstante que, como veremos en el artículo *Pronóstico*, no siempre es tan poco grave. Tambien merece mencionarse la supresion de los demas flujos sanguíneos, aunque sea infinitamente mas rara que las de las reglas.

Con dicha supresion de los flujos se ha querido comparar la *curacion demasiado rápida de los diversos fonticulos ó de las úlceras antiguas*. Cítase principalmente la observacion por Rhodius (Cent. II, obs. 65), de un caso en que sobrevino la hemorragia en pos de la cicatrizacion de una *úlcera de las piernas*; pero al ver que no puede saberse si tambien existia una enfermedad orgánica del estómago y si hubo algo mas que simple coincidencia, se conoce cuán insuficientes son estos datos. La misma reflexion es aplicable á la *supresion de la estivacion*, á la *curacion demasiado rápida de la tiña*, *etc.*

Algunas veces ha venido la gastrorragia durante el *embarazo*, que fue lo que se observó en dos casos de los que tengo reunidos para dilucidar la cuestion que nos ocupa. Entonces sucede alguna cosa análoga á la que se nota en la supresion de las reglas.

Llegado es el caso de ocuparnos de las causas que podrian llamarse *orgánicas*, ó próximas segun algunos. De exprofeso no hablo de la *superabundancia de sangre admitida* por ciertos autores, del *espesamiento de este líquido*, de la *obstruccion de los vasos*, ni del *paso de la sangre del páncreas al duodeno*, y *de este al estómago*, que es la teoria de Silvio y de Etmuller; y aunque apenas pienso ocuparme de la opinion de Christiern Weissbach (*Cura omnium Morb., de Vomitu Cruento*), que tenia por una circunstancia que en la supresion de las reglas favorece el vómito *la comunicacion de la vena porta con las venas del útero*, diré sin embargo alguna cosa acerca del *estado de la sangre*, de los *obstáculos al curso de este líquido*, y en particular de las *lesiones orgánicas* que frecuentemente se han encontrado en el estómago.

Suelen observarse hematemesis abundantes en aquellas afecciones en que está demostrada ó supuesta solamente una alteracion de la sangre. Al espresarme así hago referencia á los vómitos de sangre que se presentan en el *escorbuto*, en la *fiebre amarilla* y en la *peste*; hemorragias que solo tienen ahora un interés secundario para nosotros con motivo de que su descripcion pertenece á otra parte. Por el contrario, la hemorragia llamada *constitucional*, flujo que en ciertos casos se manifiesta por muchos puntos del cuerpo al mismo tiempo que en el estómago, es indudablemente de mucho interés, á pesar de que no se han practicado las debidas investigaciones respecto del estado de la sangre en los casos de este género.

Respecto de los *obstáculos mecánicos* al curso de la sangre, no tenemos hechos concluyentes que pongan fuera de duda su existencia.

Quedan en fin, como ya hemos dicho, las *lesiones orgánicas*; casi todas consistentes en una *erosion* del estómago, cancerosa las mas veces, que ha invadido una arteria, la coronaria casi siempre. Tantos hechos de este género posee hoy dia la ciencia, que entre las 27 observaciones que he reunido, 9 nos ofrecen ejemplos de semejante lesion, á mas de los muchos que se han presentado á la Sociedad anatómica. Con todo, puede suceder que la erosion de la arteria esté producida por una *úlcera de naturaleza no cancerosa*. Louis ha observado un ejemplo tanto mas notable, cuanto que la ulceracion tenia muy poca estension y solamente interesaba una arteriola del estómago. Algunas veces hay que examinar este órgano con cierta atencion para descubrir la lesion de que se trata: esto debe hacernos mas escrupulosos respecto de las diversas causas que á la gastrorragia atribuyeran los autores antiguos, y nos resolverá algunas dudas acerca de las numerosas hemorragias esenciales citadas en las compilaciones. Mas arriba dejo dicho que las divisiones de la hematemesis se establecieron principalmente ateniéndose á lo etiología, y por tanto importa dar á conocer en este lugar las que mas generalmente se han admitido. Martin Solon (*Dict. de Chir. et de Méd. prat.*, art. *Hematemesis*) divide el vómito de sangre en *idiopático*, que comprende la hematemesis *sucedánea* y la *crítica*; en *esplánico*, es decir procedente de una *alteracion del estómago*, que puede dividirse en *espontánea* y *traugmática*; y admite ademas una *hematemesis simulada*. En el *Dictionnaire de Médecine* está dividida la gastrorragia segun que hay simple *exhalacion de sangre ó rotura de vaso*.

Andral admite en la gastrorragia las causas próximas siguientes: 1.° un *obstáculo mecánico* á la circulacion de la vena porta: 2.° una *irritacion* de la membrana mucosa gastro-intestinal: 3.° una *congestion sanguínea* que no es ni mecánica, como en el primer caso, ni determinada por un trabajo de irritacion evidente, asi como sucede en el segundo: 4.° ciertos *estados de la sangre* en que hay tal modificacion, que tiende el líquido á salir por todas partes de sus vias normales (*Anat. path.*) No es difícil ver cuánto dista de ser satisfactoria semejante division. En primer lugar, aún no ha puesto la observacion fuera de duda la existencia de la causa primera: en cuanto á la segunda, si es verdad, como dice Andral, que ciertos venenos corrosivos producen hematemesis, llegamos al caso de una irritacion enteramente particular que no debe ocuparnos ahora: por último, la conges-

tion sanguínea, en vez de causa, es efecto. Así pues, solo nos resta la cuarta especie, admitida por todo el mundo y notable principalmente en los casos de hemorragia, llamadas constitucionales.

La gastrorragia, lo mismo que todas las hemorragias, ha sido dividida en *activa* y *pasiva*, no obstante de que es muy difícil, por no decir imposible, encontrar en la práctica la aplicacion de semejante division. Mas adelante espondré los caractéres en que se ha creido reconocer la existencia de ámbas especies.

Reasumiendo, pues, solo debemos admitir las divisiones siguientes: hemorragia por *exhalacion*, ó sea sin lesion apreciable de los tejidos del estómago (1), y hemorragia por *erosion*. Pero ¿habrá que atenerse á esta division al describir los síntomas? Creo que no; por lo mismo que para el patólogo no difieren sensiblemente los fenómenos. Con todo, al estudiar los síntomas de las enfermedades crónicas en que suele presentarse la gastrorragia, manifestaré lo que distingue la hemorragia por lesion profunda de los tejidos.

§. III.—Síntomas.

Casi todos los autores describen del mismo modo los síntomas de la hemorragia gástrica, y leyendo sus descripciones parece que los documentos de que han podido tomar datos, son exactísimos y muy precisos; pero si en vez de contentarse con descripciones generales se examinan los hechos, se echará de ver al momento que es bastante difícil la adquisicion de noticias positivas. Examinemos primero los síntomas precursores asignados á esta hemorragia.

Síntomas precursores. Son análogos á los de las demas hemorragias, y consisten por lo tanto en sensacion de *calor en el epigastrio*, *incomodidad*, *tension insólita*, y á veces *dolor* bastante vivo en esta region; malestar, ansiedad, tension en los lomos, *desórden* mas ó menos manifiesto *de las funciones digestivas*, *sabor á sangre*, ó bien *salado*, y plenitud y elevacion del *pulso* en las hemorragias activas.

Si examinando ahora las observaciones hacemos abstraccion de los síntomas que anuncian la invasion de la hemorra-

(1) Debo repetir aquí que son tan raros los casos de este género, como poco concluyentes los mas de los hechos citados por ejemplos; y á tanto llega la imperfeccion de las observaciones, que al fin he tenido que renunciar á estudiar por separado tales hechos, como habia pensado hacer.

gia, encontraremos que la sensacion de calor en el epigastrio solámente se ha notado en dos casos de los 23 que he reunido, y que no muchas mas veces se ha manifestado la tension. No así el dolor mencionado; se encuentra en 8 observaciones, y en algunas se dice que fué violentísimo; bien es verdad, que en 5 casos hay que atribuirle á la existencia de una enfermedad crónica exasperada, y no á la congestion que precediera á la hemorragia. La pérdida del apetito por muchos dias antes, se cita en los 4 casos en que no habia enfermedad crónica; á la que, por el contrario, pueden referirse los desórdenes de la digestion, como tambien los vómitos no sanguíneos, y las náuseas que muchas veces fatigan á los enfermos. Finalmente, en ningun caso se habla de sabor particular, ni en ninguna observacion se esponen los caractéres del pulso; lo que ciertamente es chocante al ver cuánto se ha insistido respecto al estado en que este se encuentra, considerándole como signo precursor de las hemorragias.

Vemos, pues, que distamos mucho de estar conformes acerca de la existencia de estos signos precursores, que sin duda alguna han descrito ciertos autores, ateniéndose á casos particulares. Lo que sí nos consta es que muchas veces viene bruscamente la hemorragia sin que pueda presagiarse su aparicion.

No hablo del enflaquecimiento, de la demacracion, ni de los demas síntomas de enfermedad crónica que algunos autores mencionan, porque evidentemente son signos de una enfermedad orgánica preexistente, que por título ninguno pertenece á la gastrorragia.

Síntomas. Los de la hemorragia en sí no se han estudiado con mucho mas esmero que los precedentes: aquellos que, segun los autores, anuncian que la sangre se exhala en la superficie del ventrículo, ó que se vierte en su cavidad por un vaso ulcerado, son con corta diferencia los mismos que dejamos espuestos, y con estos se les ha confundido. No obstante, á estos se agregan, como signos de hemorragia interna, las lipotimias, la palidez, el enfriamiento, el sudor frio y viscoso que cubre el cuerpo, las horripilaciones y un dolor vivísimo en el epigastrio. Si se consultan las observaciones, se verá en efecto que á pesar de no habérseles citado en los mas de los casos, pueden existir tales síntomas. Así es que el *dolor*, fenómeno que faltó en casos en que despues fué abundantísimo el vómito, apenas se menciona en dos sugetos: lo mismo sucede respecto del *sudor frio* y de os demas signos que acabo de esponer. Y no se infiera de

esto que carecen de valor, sino cuán importante es estudiar bajo este aspecto la gastrorragia mejor que hasta ahora lo ha sido. Hay otros síntomas de los que algunas veces tambien se ha hecho mérito, y son los siguientes: *sensacion de fluctuacion en el epigastrio*, agitacion y ansiedad notables, náuseas, y ese *calor epigástrico* que mas bien parece manifestarse como signo de hemorragia interna que como síntoma precursor.

El sonido macizo en el epigastrio vendria indudablemente á reunirse á los signos que acabo de esponer, si se hubiesen examinado los enfermos en el acto de verificarse en el estómago la hemorragia, sin espelerse aún la sangre al esterior; pero casi nunca se nos llama para comprobar la existencia de este signo, que va á ocuparnos mas estensamente ahora mismo, hasta despues de uno ó dos vómitos de sangre.

El vómito de sangre en sí se ha estudiado mejor, porque casi esclusivamente ha fijado la atencion de los autores. Preséntense ó no los signos precitados, y que hayan cesado ó preexistan todavía, principian los enfermos con algunas *náuseas*, para arrojar en seguida, por los esfuerzos de vómito y *sin tos*, mayor ó menor cantidad de sangre.

Esta *cantidad* es tan variable, que en las observaciones vemos sugetos que espelieron de 28 libras á algo mas de 30 en dos dias, mientras que otros apenas arrojaron una libra pocas onzas.

De aquí se sigue que tambien varía mucho la *violencia* con que sale la sangre: individuos hay que despues de muchos esfuerzos para vomitar arrojan algunas bocanadas de este líquido, en contraposicion de otros que la arrojan á caños por la boca y algunas veces por las narices.

No siempre es uno mismo el *color* de la sangre. Cuando sale negra, como muy frecuentemente sucede, indica en cierto número de casos que ha permanecido en el estómago; y en otros puede consistir en que se haya exhalado con este color por la superficie del ventrículo. Algunos individuos, por el contrario, arrojan un líquido rojo que presenta los caractéres de la sangre arterial: esto es lo que particularmente se observa cuando la hemorragia procede de la erosion de una artéria del estómago.

La *consistencia* de la sangre está en relacion con los caractéres que ya he manifestado. Así pues, cuando sale negra, es lo comun que se presente en coágulos ó en grumos mas ó menos resistentes; si bien es cierto que algunas veces permanece líquida lo mismo que si estuviese descompuesta. Pero ¿podremos, siguiendo á algunos autores, deducir de estos

caractéres conclusiones acerca de la naturaleza de la sangre exhalada? Es evidente que no, pues basta que el líquido permanezca mas ó menos tiempo en el estómago para que presente aspectos muy diferentes.

Entre los casos que he reunido hay muchos en que se ha comprobado que con la sangre vienen mezcladas sustancias alimenticias mas ó menos alteradas por la digestion, ó reducidas á pasta quimosa. Si mas á menudo hubiera recaido sobre este punto la atencion de los observadores, es probable que mas frecuentemente se hubiese encontrado tambien esta mezcla, cuya existencia es importante para el diagnóstico.

¿Cuáles son los síntomas que acompañan al vómito de la sangre? Asunto es este del que nada puede decirse aplicable á todos los casos; porque tales síntomas dependen de circunstancias tan diversas como lo son, la abundancia de la hemorragia, el terror del enfermo, la mayor ó menor facilidad con que se arroja la sangre, el estado en que anteriormente se encontraba el individuo, y la causa misma de la hemorragia.

Relativamente á la abundancia, encontramos desde luego que si sale muchísima sangre en un tiempo dado, se manifiestan los síntomas de las hemorragias escesivas, ó sean, la debilidad, las lipotimias y la pequeñez estremada del pulso. Sin embargo, no ha de creerse que totalmente están ligados estos síntomas á la abundancia de la hemorragia, que no aparezcan en circunstancias diferentes: sugetos se han visto que con solo arrojar algunas bocanadas de sangre cayeron en un síncope, al paso que otros han evacuado una cantidad muy grande de este líquido sin esperimentar el mismo efecto. El sobresalto y la emocion influyen mucho en la produccion de estos accidentes, y pasa en esta hemorragia lo que dijimos respecto de la hemotisis.

Como algunos sugetos arrojan la sangre á medida que se vierte en el estómago, faltan la sensacion de plenitud y la incomodidad epigástrica que se encuentran en aquellos casos en que se acumula muchísima cantidad de líquido en el órgano, antes de ser espelido. Concíbese, pues, que la ansiedad y el malestar que resultan de esta plenitud del estómago tienen que variar bastante, segun los casos. Por lo demas, este es un punto en que muy vagamente han fijado su atencion los observadores.

Casi inútil es decir que en los sugetos debilitados por una enfermedad larga, y sumidos en un estado de postracion considerable, produce la hemorragia los fenómenos precitados con mas facilidad que en aquellos que conservan todo ó casi

todo su vigor; y de aquí se sigue, cuánto influye la causa de la enfermedad en la produccion de estos fenómenos.

Tomemos por ejemp o los casos de hemorragia supletoria, y se concebirá que, si es moderado el derrame de sangre, lejos de producir estos accidentes, despeja al enfermo y le pone mas ágil que lo que poco antes estaba: esto es lo que se observó en aquel hecho citado por Trinquarella, en que se presentó por mucho tiempo la gastrorragia suplementaria sin causar ninguna incomodidad, y en otros muchos ejemplos que podrian citarse.

Por el contrario, si la enfermedad es efecto de una afeccion crónica del estómago, que tiene profundamente alterada la salud, se vé que bajo su influencia aumenta muy rápidamente la demacracion y vienen todos los síntomas de abatimiento. En fin, si, como sucede en ciertos casos de simple ulceracion que interesa una artéria, sobreviene la hemorragia en un estado de salud casi perfecta, y si no es bastante abundante para matar como de repente al enfermo, parece que primero procura algun alivio, y no se torna alarmante, á no ser que continúe ó repita.

Tales son los síntomas de la gastrorragia, cuando con mas ó menos facilidad puede todavía arrojarse al esterior la sangre; pero muy á menudo acontece que no pudiendo el vómito despedirla del estómago, continúa derramándose en el interior de este órgano, y entonces se observan los síntomas de hemorragia interna, comunes á todos los casos del mismo género, ó sean *horripilaciones*, *enfriamiento de las estremidades*, *sudor frio* y viscoso, *terror*, *desaliento*, *pequeñez escesiva*, y *gran frecuencia del pulso*, *lipotimias* en fin, y *pérdida completa del conocimiento*. En semejante caso, no solamente puede uno asegurarse por la percusion de que la sangre continúa acumulándose en el estómago; sí que á veces es dable seguir los progresos del derrame sin necesidad del plexímetro.

Hay otro síntoma que merece mencionarse, y que desde los primeros tiempos ha fijado la atencion de los médicos: tal es la *presencia de la sangre en las deyecciones alvinas*.— Es lo comun que solo despues de cierto tiempo de haber cesado la hematemesis se presenten deposiciones sanguinolentas; sin duda alguna porque posteriormente al último vómito se derramará todavía alguna sangre en el estómago, y pasa en seguida á los intestinos del mismo modo que las materias alimenticias. En tales casos está en gran parte descompuesta la sangre, y dá á la materia de las cámaras un

color negro, y muchas veces una fetidez escesiva. Tambien suelen encontrarse en las deyecciones alvinas coágulos bien manifiestos. No siempre es fácil descubrir á primera vista la sangre en las cámaras negras y fétidas; pero si habiendo vaciado el vaso que las contiene se vierte sobre la pequeña parte que de ellas resta cierta cantidad de agua, se vé que vuelve á tomar el color rojo y el aspecto de sangre; medio de esploracion que indicó F. Hoffmann. Estas deyecciones sanguinolentas suelen venir precedidas de cólicos mas ó menos vivos y de desarrollo de mayor ó menor cantidad de gas en los intestinos.

Hay otros casos, diferentes de los espuestos, en que la sangre se espele simultáneamente por boca y por ano: esto hizo que, como ya hemos visto, se diese el nombre de *colera sanguínea* á esta enfermedad.

Cuando la enfermedad termina por la curacion, se vé primero que calma la ansiedad epigástrica, son mas raros y cesan del todo los vómitos, y que despues de doce ó veinte y cuatro horas, rara vez mas tarde, aparecen las deyecciones sanguíneas: en el caso contrario, solo remiten en parte los síntomas, se reproduce frecuentemente la hemorragia y sucumbe en fin el enfermo, sea en el último vómito de sangre, sea á consecuencia de acumularse repentinamente este líquido en el estómago.

En igualdad de circunstancias, es tanto mas larga la convalecencia en los sugetos que han de restablecerse, cuanto mas abundante haya sido la hemorragia. Aunque esta cese, es muy frecuente que siga progresando la enfermedad orgánica que la produjo y sucumban lentamente los enfermos.

Como precedentemente dejo dicho, lejos de poder siempre tener por una enfermedad al vómito de sangre, algunas veces disipa un mal estar mas ó menos considerable; pero si pasa de ciertos límites y repite frecuentemente y con cortos intervalos la hemorragia, queda una anemia consecutiva con los caractéres que se le han asignado en uno de los artículos precedentes (*Véase* tomo 4.°, artículo *Anemia*).

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

En cierto número de casos es *fulminante* esta hemorragia: tan sumamente abundante es el vómito de sangre, que salta el líquido con violencia por boca y narices, y sucumbe el enfermo antes de poder socorrerle. Aunque principalmente es en los casos de rotura ó de perforacion de una artéria cuando la muerte llega del modo que hemos dicho, casi de

repente, algunas veces sucede lo mismo, no obstante ser poco abundante ó no existir el vómito, á causa de que entonces se efectúa una hemorragia rapidísima que distiende súbitamente el estómago. En casos de esta naturaleza se ha visto que la sangre suele formar un coágulo bastante firme para conservar despues de su extraccion la forma del órgano.

Pero muchas mas veces se efectúa la hemorragia con *muchas repeticiones*, entre las que median intervalos muy variables en que por lo regular se observan fenómenos morbosos mas ó menos notables. De las observaciones que he reunido hay algunas en que se cuentan cuatro ó cinco vómitos de sangre en las veinte y cuatro horas, y otras de solo uno cada dos ó tres dias.

De lo dicho resulta que es de las mas variables la *duracion* de esta hemorragia, si se considera que puede matar en algunos instantes ó prolongarse por muchísimos dias. Las hemorragias supletorias que vienen en las épocas de los ménstruos, pueden persistir por largos años; y aunque son muy raros, se cuentan tambien casos de otro género en que ha sucedido lo mismo respecto de la duracion: Bartolin (Cent. III, hist. 36) cita la observacion de un hombre que durante treinta años tuvo un vómito considerable de sangre, conservándose sin embargo saludable.

Las mas veces es funesta la *terminacion* de la enfermedad; y fácilmente se concebirá la causa, si se atiende á que, como mas arriba dijimos, proviene en muchísimos casos de una causa orgánica grave, ó bien de una lesion arterial que no tiene remedio.

§. V.—Lesiones anatómicas.

En el estómago de los sugetos que sucumben á la gastrorragia se encuentra una cantidad variable de sangre, ya líquida, ya en grumos y mezclada, segun las circunstancias, con alimentos, con materia quimosa ó con mucosidades; líquido que ordinariamente se presenta negro á causa de su permanencia en el estómago. En muchos casos se han encontrado infiltradas de sangre y equimosadas las paredes de esta víscera, en contraposicion de otros, pero muy raros, en que habiéndose efectuado la hemorragia por simple exhalacion, no se ve absolutamente lesion alguna en las vísceras. Louis me tiene dicho que se le ha ofrecido un caso de este género.

Mas arriba dejo manifestado que la ulceracion es una causa

frecuente de la gastrorragia; ulceracion que, como casi siempre es de naturaleza cancerosa, presenta todos los caractéres del cáncer ulcerado. Con motivo de tener que esponerlos en uno de los artículos siguientes, me limitaré á decir que frecuentemente se encuentran dichas úlceras encima de tumores escirrosos ó encefaloideos, como de ello cita Latour muchos ejemplos; y que en otros casos, por el contrario, solo se ve una ulceracion pequeñísima, situada en el trayecto del vaso, de bordes duros y elevados ó sin carácter ninguno de cáncer. Un caso se presentó á la Sociedad Anatómica en que existia una ulcerita de este género, tapada, igualmente que la abertura de la artéria, por un coágulo que debió formarse en los últimos momentos de vida. Unas veces está alterado el tronco de la artéria coronaria, otras solamente una arteriola; circunstancia que en los casos que conocemos no ha producido diferencia notable ni en la rapidez ni en la abundancia de la hemorragia.

Tambien se citan como lesiones pertenecientes á la gastrorragia, alteraciones orgánicas profundas del hígado, del bazo, del páncreas, en una palabra, de los órganos vecinos. En casi todos estos casos provenia la hemorragia gástrica de haberse abierto una úlcera en el interior del estómago. No me estiendo mas en la descripcion de estas lesiones, porque no resultarian ningunos otros detalles importantes para la práctica.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

En los tomos primero y el segundo de esta obra insistí tanto al tratar de la *epistaxis* y de la *hemotisis* acerca del diagnóstico diferencial de estas afecciones y de la que nos ocupa, que seria una repeticion inútil reproducir ahora todos los caractéres que las distinguen. En vista de esto me limitaré á consignarlos en el cuadro sinóptico.

¿Hay alguna otra enfermedad con la que pueda confundirse la gastrorragia? Antes de responder se necesita distinguir de casos, porque efectivamente varía la cuestion segun que hay vómito de sangre ó hemorragia interna. Examinemos primero los casos de *vómito* sanguíneo mas ó menos copioso.

Una verdadera hematemesis puede ser hija de otras enfermedades: el doctor Yates (in Makintosh's, *Principles of Physic.*, edic. de 1831, tom. 1.º) refiere el caso en que una caverna pulmonar en comunicacion con el esófago fué causa de un vómito de sangre abundantísimo que se llevó al en-

fermo en pocos instantes, y ya he citado yo hematemesis producidas por la rotura de un aneurisma en el conducto alimenticio. ¿Es posible conocer en casos de este género de dónde dimana la sangre vomitada? Aunque á primera vista parece que un exámen atento de la region epigástrica puede conducirnos á este resultado, no siempre sucede así, como lo prueba el hecho recien citado de Yates. En efecto, la autopsia presentó un coágulo voluminoso que llenaba todo el estómago; y si durante la vida hubiera podido examinarse la region epigástrica, se hubiesen encontrado los signos de un derrame en el ventrículo, y lejos de evitar el error este exámen, haria que en él cayésemos. Solo nos es dado llegar al diagnóstico diferencial mediante el estudio de los antecedentes del enfermo, y por los síntomas que desarrolla la enfermedad de los pulmones ó de la artéria. Por tanto, en un caso parecido al de Yates, podrán conducir al diagnóstico: la tos, la preexistencia de una hemotisis, los esputos purulentos, la demacracion, en una palabra, los síntomas de la tísis pulmonar. Concíbese, sin embargo, cuántas dudas deben quedar; porque al fin no es absolutamente imposible tomar una tísis por una verdadera gastrorragia.

Alguna mas certidumbre habrá en los casos de aneurisma de la aorta, si se considera que no es muy raro que tales tumores terminen abriéndose en el esófago, y que entonces, como la sangre no se deposita en el estómago, si que rápidamente es arrojada al esterior y se presenta con los caractéres arteriales. Por lo demas estoy distante de disimular todas las dificultades de estos diagnósticos, que aún no están bastante bien determinados para que yo crea de mi deber colocarlos en el cuadro sinóptico.

Relativamente á las diversas especies de gastrorragia, se presentan otras cuestiones. *¿Es posible en todos los casos saber cuáles son la naturaleza y la causa próxima del vómito de sangre?* No quiero tratar de establecer distinciones entre la gastrorragia *activa* y la *pasiva*, porque las observaciones no se han recogido del modo adecuado para ser estudiadas bajo este aspecto, y se sabe ademas que no puede obtenerse ningun resultado positivo. Pero ¿será dable conocer *si es idiopática ó sintomática la gastrorragia*? En el caso de venir en pos de desórdenes digestivos muy prolongados ó de una demacracion profunda y en un enfermo que haya presentado signos de cáncer del estómago, tales como dolor, tumor en el epigastrio, etc., puede presumirse que la hemorragia es efecto de la ulceracion del cáncer. Sin embargo,

tengamos presente, aun en los casos de este género, que puede verificarse una verdadera exhalacion de sangre en la superficie del estómago, estando exento de carcinoma. Vése pues que todavía se halla bastante oscuro este diagnóstico.

Las hemorragias supletorias, por el contrario, pueden ser reconocidas si sobrevienen en las épocas en que deben correr las reglas, y si despues de una suspension mas ó menos larga de los ménstruos, produce un alivio manifiesto la invasion de la hemorragia.

En todos los demas casos no es dable en el estado actual de la ciencia decir de qué causa próxima procede la gastrorragia: nada puede inferirse del color de la sangre, pues, como mas arriba vimos, la simple permanencia de este líquido en el estómago basta para alterarle; nada de la abundancia de la hematemesis, porque tan copioso ha sido el flujo en casos de simple exhalacion, como en los de ulceraciones y perforaciones arteriales; en una palabra, hay dudas acerca de este particular que acaso nunca podrán disiparse.

Queda, en fin, la última parte, que por cierto es de importancia. Cuando cesa el vómito de sangre, ¿cómo se conocerá que continúa efectuándose en el estómago la hemorragia? Tomando á la vez en consideracion los síntomas locales y los generales; fenómenos que voy á dar á conocer en el cuadro sinóptico.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

Primeramente paso á reproducir los diagnósticos diferenciales de la gastrorragia, de la epistaxis y de la hematemesis.

1.º ***Signos distintivos de la gastrorragia y de la epistaxis, cuando en esta se arroja por la boca sangre que ha sido tragada.***

GASTRORRAGIA.	EPISTAXIS.
Conmemorativos: muchas veces *preexistencia de síntomas* procedentes del estómago: dolores, desórdenes en las digestiones, etc.	*Conmemorativos: ningun síntoma* por parte de las vias digestivas.
Vómitos de sangre *no precedidos* de hemorragias nasales.	Hemorragias nasales *antes* de los vómitos de sangre.
Ningun vestigio de sangre en las fosas nasales.	*Vestigios de sangre*, coágulos blandos ó secos ya en las fosas nasales.

Véanse ademas las reflexiones que siguen á este diagnóstico diferencial en el tomo I de la obra (pág. 36.)

2.º ***Signos distintivos de la gastrorragia y de la hemotisis.***

GASTRORRAGIA.	HEMOTISIS.
Sangre negra en coágulos blandos, difluentes algunas veces.	*Sangre roja, espumosa* en los mas de los casos.
Sangre arrojada por *vómitos* precedidos de náuseas, pesadez epigástrica, una sensacion de fluctuacion, dolores de estómago etc.	Sangre arrojada á continuacion de *esfuerzos de tos* mas ó menos considerables.
Sonido macizo en la region epigástrica.	*No hay sonido macizo* en la region epigástrica.
Materias alimenticias mezcladas con la sangre.	*Sangre pura* ó mezclada con los esputos.
Deposiciones negras, fétidas, con sangre, despues de la hemorragia.	*Cámaras naturales* despues de la hemorragia.
Nada de estertor subcrepitante en el pecho.	*Estertor subcrepitante* en mayor ó menor estension del pecho.

3.º ***Signos distintivos de la gastrorragia idiopática, y de la sintomática.***

GASTRORRAGIA IDIOPÁTICA.	GASTRORRAGIA SINTOMÁTICA.
Desórdenes de la digestion, *nulos ó muy recientes.*	Desórdenes de la digestion *mas ó menos prolongados.*
No hay demacracion manifiesta.	*Demacracion* mas ó menos profunda.
Ningun signo de tumor canceroso del estómago.	Dolor y *tumor* en el epigastrio.

Repito que sé cuán incierto es este último diagnóstico, y por tanto solamente le doy como espresion muy general de los hechos, amonestando ademas al lector que no olvide todas las restricciones que acerca de él he establecido ya precedentemente.

No tengo necesidad de recordar los caractéres propios para reconocer la gastrorragia supletoria; pero voy á esponer los signos de aquella en que la sangre se acumula en el estómago sin que se arroje al esterior.

4.º Signos que indican que continúa la hemorragia, habiendo ya cesado el vómito de sangre.

Ansiedad, malestar, peso, fluctuacion y dolor en la region epigástrica.

Enfriamiento de las estremidades, horripilaciones, sudores frios y viscosos.

Debillidad, lipotímias, síncopes.

Pulso pequeño, miserable, filiforme.

Pronóstico. Todos los médicos creen que es gravísima la hemorragia gástrica; y aunque mas arriba tengo citados algunos casos en que, sin ser supletorio, se reprodujo por muchos años el vómito de sangre, conservándose la salud, estos casos sin embargo han de mirarse como enteramente escepcionales. La menos grave de todas las gastrorragias es la supletoria de los ménstruos, en vista de que terminó por la curacion en los casos que he reunido. Pero guardémonos de pronosticar favorablemente antes de haber estudiado bien la enfermedad: por ejemplo, si habiéndose suprimido los ménstruos en las mujeres cancerosas sobreviene la hemorragia gástrica, puede creerse que es un flujo supletorio, y sin embargo no tardan los progresos de la enfermedad en manifestarnos qué es infundada la esperanza que concibiéramos. Hay otros casos en que procediendo la hemorragia de una lesion del estómago, impide que aparezcan las reglas en la época acostumbrada; y hé aquí otra fuente de errores. Resulta, pues, que solamente deberá haber verdadera seguridad cuando efectuándose la gastrorragia en épocas fijas lleva mucho tiempo de presentarse sin alterar la salud, y con doble razon si procura un alivio notable. Estas reflexiones son tambien aplicables á la gastrorragia que viene en el curso del embarazo.

§. VII. — Tratamiento.

Aunque muy pocos autores se hayan ocupado del tratamiento particular de la gastrorragia, y casi todos remiten al lector al de las hemorragias en general, se convendrá sin embargo en que vale mas esponer las medicaciones que se les han opuesto al tratar de cada una de estas afecciones, puesto que tienen caractéres propios, y exigen tratamiento diferente, si no en su esencia, al menos en el modo de aplicarle. De otra parte ¿con qué derecho se establecen preceptos generales cuando aún no se ha pensado en dedicarse á estu-

diar completamente hechos particulares? Creo pues de mi deber presentar en este artículo muchísimos detalles, que estoy seguro no parecerán inútiles.

Emisiones sanguíneas. En esta, como en todas las hemorragias, se han usado las emisiones sanguíneas; y hé aquí que al momento se presenta una cuestion particular. Casi todos los autores recomiendan que no se emplee este medio á no ser en los casos de gastrorragia activa; y si es preciso este precepto, ¿no resulta evidentemente que nos encontraremos mas confusos, puesto que, como mas arriba dije, es en estremo difícil decidir si en ciertas circunstancias es activa ó pasiva una hemorragia? Vale mas, por consiguiente, hacerse cargo del estado del enfermo y de la causa de la enfermedad cuando haya de recurrirse á este medio: si el sugeto es vigoroso, pletórico, y se trata de una hemorragia supletoria en que la demasiada pérdida de sangre parezca exigir derivacion, puede echarse mano de la *sangría* mas resueltamente que en otros casos. Esto es al menos lo que nos enseñan los autores; porque ni con mucho se ha fijado positivamente el valor de estas evacuaciones en la gastrorragia.

Si se quiere tener la prueba de lo que dejo dicho, no hay sino recorrer cuanto respecto de esta materia nos enseñan los autores. Unos, tales como Bangius (*Prax. méd.*), J. Hoffmann (*Op. omn.*, *Thes. méd.*, *de Vomit. cruent.*, supl. sec.; Gen., 1760), Storck (*Krankh. der Weibe*, vol. 2.°), y no pocos de los que les han seguido, quieren que se use la sangría general con bastante resolucion; y otros, como Tissot (*OEuv. compl.*, tomo 5.°), y Quarin (*de Morb. chron.*) no conceden mucha influencia á este medio de tratamiento. Si en vez de hablar estos autores de todas las gastrorragias en general se hubiesen atenido á casos diferentes, quizá se diferenciarian algo sus conclusiones; pero nada es menos cierto que no hay ningun dato positivo relativamente al valor de la sangría.

¿Han de ser cortas, pero repetidas con frecuencia, las *sangrías generales*, como queria Sauvages, ó bien se procurará desviar por una sangría copiosa la sangre que fluye hácia el estómago? Concíbese que no es dable contestar hasta que por nosotros lo efectúe un buen número de observaciones exactas; pero podemos decir de antemano que no son tan indudables los efectos favorables de la sangría, que nos hallemos autorizados para sacar de repente gran cantidad de sangre en una afeccion en que con tanta facilidad sobreviene la anemia. En cuanto al lado en que debe abrirse la vena, ya

no se crea hoy dia en la necesidad de elegir el izquierdo cuando padece el bazo.

Frecuente ha sido aplicar en los casos de gastrorragia *sanguijuelas* al ano, á fin de verificar una derivacion. Cítase uno, observado por Lespagnol, en que se atribuye la curacion del vómito de sangre á esta aplicacion; pero se conoce que por muy evidente que de otra parte sea un solo caso, no puede servir para decidir la cuestion. Ello es que bastan de veinte á treinta sanguijuelas. Entre las observaciones que he recogido, hay algunas en que se puso en práctica este medio, sin que en la apariencia tuviese ningun efecto inmediato digno de anotarse. Sobre la region epigástrica se han aplicado *ventosas escarificadas*, medios á que son análogas las *secas*, que tienden á llamar la sangre hácia la piel, y pueden aplicarse en el epigastrio, á los lados de la base del pecho, ó bien en la espalda.

Refrigerantes. Los medios de este género, usados en todas las hemorragias, no se han olvidado para la gastrorragia. Como en esta enfermedad pueden llegar directamente los refrigerantes al asiento del mal, se ha prescrito con este objeto *beber agua fria* y *derretir hielo en la boca*; y no contentándose por lo comun con la ingestion de líquidos frios, se ha aplicado tambien *hielo sobre el epigastrio.* Pittschaft refiere que los antiguos ordenaban aplicar sobre la laringe una *vejiga llena de agua helada*; medio que es el análogo de la aplicacion del frio sobre los testículos en los casos de epistaxis. (*Véase* tomo 1.°, artículo *Epistaxis.*) Aunque no puedan las observaciones revelarnos cuál es el efecto positivo del frio en la gastrorragia, no nos es permitido dejar de usarle, en vista de sus resultados, en los casos del mismo género, con la sola diferencia de que la sangre procede de otros órganos. F. Hoffmann cita el caso de haberse detenido una hematemesis bastante copiosa á beneficio de la *inmersion de pies y manos en agua fria.*

Acidos. Estas sustancias han debido usarse necesariamente en la gastrorragia, al ver que desde tiempos remotos se las recomienda. Si pudiera establecerse positivamente una distincion entre las gastrorragias activa y pasiva, es probable que encontrásemos que los ácidos convienen principalmente en la última; pero faltando datos precisos, solamente nos es dado presentar generalidades.

Entre los *ácidos vegetales*, el *zumo de limon*, el *vinagre* dilatado en agua, ú *oxicrato*, y el *zumo de granadas*, son los que principalmente se han usado. Marx recomienda el

agua saturada de gas ácido carbónico; medicamento que puede tener el doble efecto de contener la hemorragia y oponerse á los vómitos.

Aún se han administrado mas frecuentemente los *ácidos minerales*, recomendados por Vicat y Vogel. En lo concerniente á dósis y fórmulas, remito al artículo *Epistaxis* (tomo 1.º), donde quedan espuestas. J. Frank afirma que ha obtenido efectos sorprendentes de la *pulpa ácida de tamarindos*, unida con *goma arábiga*, del modo siguiente:

R.	Pulpa de tamarindos.	2 onzas.
	Goma arábiga.	3 dracmas.
	Azúcar blanco.	2 1/2 idem.

Caliéntese durante algun tiempo con suficiente cantidad de agua y cuélese.

Dos onzas cada dos horas.

J. Frank no trae ninguna observacion en apoyo de este tratamiento.

Astringentes. El que mas se ha usado de todos es el *acetato de plomo.* Ya habia recomendado Barthold (*Med. and. phys. Journ. Philadelph.*) este medicamento, que administraba en polvos así como sigue:

R.	Acetato de plomo.	4 granos.
	Goma arábiga.	1 dracma.

Mézclese exactamente.

Divídase en doce partes iguales, de las que se tomarán tres al dia.

Denton (*The Lond. Med. Reposit.*, tomo 20; 1823) prescribia el acetato de plomo á dósis tan altas, como se vé en la fórmula siguiente, recomendada por él:

R.	Estracto seco de cicuta.	5 granos.
	Acetato de plomo.	3 idem.

Mézclese.

Tómese esta dósis cada dos horas.

Otras veces se administraba este medicamento en diferente forma: así es que Laidlaw preconiza contra la hematemesis la pocion siguiente, en que el acetato de plomo está unido á otras sustancias elogiadas tambien.

R.	Acetato de plomo.	16 granos.
	Tintura de opio.	1 dracma.
	Acido acético debilitado.	2 onzas.
	Agua destilada.	2 1[2 idem.

Mézclese.

Para tomar una cucharada cada cuatro horas.

Triste es, y lo repito, que la imperfeccion de las observaciones no permita investigar cuáles son los efectos reales de este medicamento, ni cuáles sus inconvenientes.

Fácil seria aumentar la lista de los medicamentos de este género con citar la práctica de los médicos de los siglos pasados, que empleaban el *coral rojo*, la *tierra sellada*, el *bolo de Armenia*, etc.; pero estos medicamentos no tienen bastante importancia para que repita lo que de ellos he dicho al tratar de la epistaxis. Hay otros, por el contrario, de que importa hablar, y son: la *ratania*, el *centeno corniculado* y el *tanino*.

La *ratania* se ha usado menos en esta hemorragia que en casi todas las demas, y sin embargo en una de las observaciones que he reunido encuentro un hecho que parece probar su eficacia. En un caso observado por el doctor Havy, notable por la demacracion del enfermo y por la gravedad de los síntomas preexistentes, medió que siempre que se recurrió al uso de una pocion en que entraba la ratania, se detuvo la hemorragia, que era de las que se reproducen muchas veces. Con todo, hay que confesar que dista mucho de bastar este caso, pues, como hemos visto, es marcha natural de la gastrorragia detenerse para reincidir despues, y que bien pudo no haber entonces sino una simple coincidencia.

Podrá prescribirse la pocion siguiente:

R.	Estracto de ratania. . .	de 1 escrúpulo á 1 dracma.
	Agua de rosas.	4 onzas.
	Jarabe tartárico.	1 idem.

El cornezuelo de centeno se ha administrado en polvo, bien solo, bien mezclado con el tanino; en cuyo caso pueden darse ambos medicamentos asociados de este modo:

R.	Centeno corniculado.	20 granos.
	Tanino.	10 idem.

Divídase en dos papeles para tomar uno por la mañana y otro á la tarde.

Sin embargo, estos medicamentos se han administrado muchas menos veces en la gastrorragia que en la *metrorragia*, en cuya historia nos volveremos á ocupar de ellos.

Estípticos. Entre los que se han usado hay que citar principalmente el *alumbre*, el *sulfato de hierro* y el de *cobre*. Pero como ninguno de los autores que le recomiendan han entrado en los detalles que pide este particular, estoy porque no deben presentarse todas las fórmulas, á causa de que al mismo tiempo de no ser cierta la inocencia de estos medicamentos, no hay pruebas positivas en favor de su eficacia. Me contento, pues, con presentar la siguiente, propuesta por J. Frank:

R.	Alumbre.	1 escrúpulo.
	Mucílago de goma arábiga.. .	1 onza.
	Jarabe de canela..	1[2 idem.
	Agua comun..	1[2 libra.

Para tomar á cucharadas.

Hay algunas *sales de hierro*, y en particular el *carbonato*, que han sido recomendadas por Hoffmann y Tissot. En los casos en que se atribuye la enfermedad á la supresion de las reglas, es cuando están indicadas las preparaciones ferruginosas. Segun F. Hoffmann, ha sucedido muchas veces que al hacer que reaparezcan los ménstruos á beneficio de este medicamento, se ha visto cesar para siempre la gastrorragia; pero volveré á tocar este punto cuando hable del tratamiento propio de la gastrorragia supletoria.

Antiespasmódicos y *narcóticos.* Tambien se ha recurrido á los antiespasmódicos y á los narcóticos, entre los que ninguno se ha usado con mas frecuencia que *el opio.* No se está conformes respecto de la preparacion opiada que conviene administrar: hay quienes, siguiendo á J. Frank, quieren que se dé el opio en la emulsion siguiente:

R.	Opio puro.	1 grano.
	Emulsion arábiga.	6 onzas.

Para tomar á cucharadas.

Algunos recomiendan unir el *opio á los ácidos minerales*; otros quieren que nos limitemos á ordenar *lavativas laudanizadas*, elevando la dósis de láudano á quince gotas para una lavativa de cuatro onzas de cocimiento de malvas (José Frank); Vogel sustituye el láudano con un *cocimiento de hojas de beleño.* Imposible será decir si entre estas prepara-

ciones hay algunas que sean mas útiles que otras: lo cierto es que muchos autores han puesto en uso los narcóticos, y fácilmente se concibe por qué, si se atiende á que es importante procurar la quietud de los órganos que padecen en esta afeccion.

Kæmmerer (del *uso de la belladona contra los vómitos de sangre*; Bull. des Sc. méd., mayo 1825) prefiere la *belladona* al opio, y afirma haber obtenido de su uso resultados tan reales como felices.

Entre las objeciones que se han opuesto á la medicacion narcótica, y principalmente al opio, la única que es importante dar á conocer aquí es la de J. Frank, quien temia que al suprimir las deposiciones ventrales, determinase este medicamento la retencion de los coágulos sanguíneos en el tubo intestinal; pero es evidente que semejante temor no debe disuadirnos de combatir con los narcóticos la hemorragia, pues que de ningun modo está probado que la retencion de los coágulos tenga tales inconvenientes, al paso que son indudables los de la reproduccion de la hemorragia.

Vomitivos. ¿Deben emplearse vomitivos en la gastrorragia? En concepto del Dr. Sheridan no hay que dudarlo. Dos casos refiere este autor (*Franch. of the Assoc. of fellows and licent*; Dublin, 1824) en que la hemorragia gástrica cedió despues de la administracion de la *ipecacuana* á dósis de vomitivo; ¿pero qué parte tuvo el medicamento en esta terminacion feliz? Dichos casos no están suficientemente especificados, y así es que no puede contestarse. Para cualquiera que lea atentamente las observaciones, será evidente que no puede uno fallar de un modo tan positivo respecto de la influencia de los vomitivos en esta enfermedad, y que son justos, por el contrario, algunos temores relativamente á las consecuencias de su administracion, al menos en muchos casos. Por ejemplo, si la sangre se vierte por una ulceracion, ¿no es evidente que descargando de los coágulos al estómago, se tiende á favorecer la hemorragia mas bien que á detenerla? Estas consideraciones bastarán para hacer muy prudente al práctico, al menos hasta que vengan á deponer en favor de esta medicacion mas observaciones y mas exactas. Añadamos, por último, que casi siempre se ha usado de la ipecacuana, medicamento que ha prescrito el doctor Mez á la *dósis de 3 granos cada hora.*

Otros médicos quieren que para provocar el vómito no se pase de *titilar la campanilla y el istmo de las fauces.*

A los purgantes se ha recurrido muchas menos veces.

Portal (*Mém. de la Soc. d'Emul.*, tomo 2.°) se ha opuesto á su uso, cuyos inconvenientes ha manifestado, y se contenta con administrar *minorativos suaves*. J. Frank propone el siguiente:

R.	Raiz de ruibarbo.	1 1|2 escrúpulo.
	Goma arábiga.	1|2 onza.
	Miel pura.	1 idem.
	Agua.	10 idem.

Hiérvase por una media hora, y tómese á cucharadas.

Me limitaré á advertir que no tenemos ninguna prueba de la utilidad real de los medicamentos de este género, ni tampoco de que pueden presentar los inconvenientes de los precedentes.

Diferentes medios. Es evidente que los hechos son imperfectos para darnos la menor idea acerca del valor de otros muchos medios, como los *vejigatorios sobre el abdómen*, las *unturas* en la misma region con un *linimento alcanforado* y *oleoso*, á modo de Hoffmann; el *agua de laurel-cerezo*, el *aceite de trementina*, la *ciento en rama*, etc.

Tratamiento de la gastrorragia en sus diversos períodos.

Acabo de dar á conocer el tratamiento de la gastrorragia *durante los vómitos de sangre;* pero *¿qué debe hacerse en los intervalos, principalmente cuando existen los síntomas precitados?* Para responder á semejante pregunta, necesariamente hay que distinguir de casos: si inspeccionando atentamente llegamos á convencernos de que continúa efectuándose la hemorragia en el interior del estómago, es menester insistir con perseverancia en los medios precedentes; porque efectivamente no es lo esencial oponerse al vómito de sangre, sino detener el derrame en su orígen. Por el contrario, si se reconoce que este no continúa, y que la ansiedad, el peso en el epigastrio, etc., dependen de la plenitud del estómago, é indudablemente de coágulos contenidos en la cavidad, ¿convendrá descargar dicho órgano? Por lo que mas arriba dejo dicho debe comprenderse todo el peligro que puede haber siguiendo esta práctica; pues si bien los síntomas producidos por coágulos en el estómago suelen ser molestísimos, nada son sin embargo en comparacion con el peligro que se corre provocando otro derrame sanguíneo cuya abundancia no puede preveerse. Por tanto, los únicos medios á que debemos recurrir en semejante caso son: la quietud absoluta, la aplicacion del frio sobre el epigastrio, y del hielo en la boca,

dejando al estómago el cuidado de descargarse despues de las materias que contiene. Acaso no sucederá así si está sumamente distendido este órgano, y de ello resulta un malestar escesivo. Por desgracia la observacion nada nos enseña acerca de este punto.

Al describir los síntomas dije que los *cólicos* y el *desarrollo de gas en los intestinos*, fenómenos que anuncian que la sangre pasa del estómago á la parte interior del tubo digestivo y preceden á las deyecciones sanguinolentas, se efectúan por lo general algun tiempo despues de cesar el vómito; pues en semejante caso se recomiendan para favorecer las deyecciones, *lavativas purgantes* pequeñas, que bajo este aspecto pueden tener efectivamente utilidad aunque solo sean medios coadyuvantes. Tambien llenan esta indicacion las simples lavativas emolientes repetidas cuanto necesario sea.

Cuando cesa del todo el vómito de sangre aún todavía no ha terminado el tratamiento en la mayoría de casos. En efecto, muchas veces hay que emplear medios propios para restablecer las fuerzas del enfermo profundamente debilitadas, y en ocasiones es menester recurrir á medicaciones particulares para combatir la causa misma de la hemorragia. La anemia que resulta de las pérdidas abundantes de sangre, y la debilidad consiguiente, se combaten con los *tónicos* y los *analépticos*, entre los que se usan principalmente la quina y los caldos animales. Si es rebelde la anemia y tiende á prolongarse, hay que tratarla como se ha dicho en el artículo consagrado á esta afeccion (véase tomo 4.º, artículo *Anemia*). Es, pues, inútil insistir sobre este punto: no así relativamente á la segunda parte de la cuestion que acabo de entablar, porque se conoce cuán importante es prevenir la vuelta de un accidente tan grave como la gastrorragia. Esto nos conduce á decir dos palabras del tratamiento de las diversas especies de la enfermedad.

Tratamiento de la gastrorragia supletoria.

La gastrorragia que resulta de la supresion de las reglas, cuando de otra parte no hay síntomas de una afeccion crónica que dé razon ni de la supresion del flujo natural, ni de la aparicion de la accidental, no debe detenerse, á no ser que la cantidad de sangre espelida esceda en mucho á la del flujo menstrual. Cuando cesa la hemorragia, se tratará de restablecer el flujo normal por los diversos medios conocidos; así es que se pondrán en práctica la aplicacion de algunas sanguijuelas en las partes genitales hácia la época de las

reglas, el vapor de agua dirigido á la pelvis, y los emenagogos algo violentos. Tissot quiere que en semejantes casos se empleen los ferruginosos; pero Cullen se opone á que se recurra á este medicamento y á los que se administran para restablecer los ménstruos, porque dice que son propios para tornar mas violenta la hematemesis activa que en tales casos hay. Es de sentir que los médicos que han tocado este punto no sostengan con hechos su opinion: entre tanto los temores de Cullen parecen exagerados.

Se ha visto, y de ello cita un ejemplo notable Lanzoni (*Ephem. Acad. Natur. Curios.*, cen. 1.ª, obs. 41), cortar el matrimonio un vómito de sangre supletorio que se habia reproducido en muchas ocasiones; en tales casos, ó es la reaparicion de los ménstruos el fenómeno que coincide con la cesacion del vómito, ó lo es el embarazo.

Tratamiento de la gastrorragia durante el embarazo

¿Habrá que recurrir á un tratamiento particular en el caso de venir durante el embarazo la hemorragia gástrica? Se carece de pruebas. Cuidar de que no sea demasiado abundante y calmar al enfermo, son las precauciones que han de tomarse; y para moderar la abundancia de la hemorragia se usarán los medios precitados.

Tratamiento de la gastrorragia escorbútica.

Ya hemos visto que el vómito de sangre se observa en sugetos que presentan signos de un estado escorbútico. En semejante caso hay que insistir en la administracion de los ácidos minerales, sostener las fuerzas con los tónicos, y usar de los diversos medios espuestos en el artículo *Escorbuto* (tomo 3.º); medios que tambien son oportunos en los casos de hemorragia llamada constitucional.

Accidente de la gastrorragia que es menester conocerle para remediarle prontamente.

Durante el vómito de sangre puede venir un *accidente* que es importantísimo conocer, y de él refiere un ejemplo notable P. Frank. En efecto, vomitaba copiosamente sangre un sugeto, cuando habiéndose detenido grandes coágulos de sangre en el istmo de las fauces y en la boca, determinaron una sofocacion súbita; y el enfermo que estaba solo cayó á tierra sin conocimiento. Habiéndose llamado á P. Frank, se apresuró éste á desobstruir la garganta y recobró vida el

paciente. Hay, pues, que inspeccionar cuidadosamente la cámara posterior de la boca, siempre que se pierda el conocimiento, á fin de proceder del mismo modo en tales circunstancias.

Hay cierto número de precauciones aplicables á todos los casos, de cuya esposicion no es lícito olvidarme.

Precauciones generales que han de tomarse en el tratamiento de la gastrorragia.

Quitar prontamente sus vestidos al enfermo, y ponerle en una cama fresca con la cabeza algo levantada.

Precaver todas las emociones morales.

Evitar todos los esfuerzos inútiles, y por tanto mantener libre el vientre, etc.

Resúmen, y prescripcion. Tal es el tratamiento que por lo general se le opone á esta hemorragia grave. No he tratado de ocultar cuán vago é incierto es relativamente al mayor número de puntos, porque bueno es que se sepa todo lo que queda por hacer. Muy difícil sin duda es esta materia, á causa de lo variables que se presentan los casos, de lo rarísimo que es el que se ofrezcan á la observacion, y porque la inminencia del peligro hace que nos apresuremos á echar mano de muchos medios á un tiempo; pero no es esta razon para renunciar al estudio del tratamiento: será únicamente un motivo mas para recoger las observaciones con muchísima severidad. Fuera de esto, advertimos que la sangría moderada, las bebidas ácidas y astringentes, y el frio usado interior y esteriormente, son los únicos medios cuya utilidad está reconocida unánimemente por los autores. Entre los demas, los opiados y los antiespasmódicos son los que mas partidarios tienen.

Ahora pasamos á trazar en algunas prescripciones la conducta que ha de seguirse en los casos principales.

Primera prescripcion.

En caso de hemorragia poco abundante en un sugeto que aún esté vigoroso.

1.° Para tisana, limonada cítrica.
2.° Aplicacion de compresas frias sobre el epigastrio.
3.° Pedazos de hielo para derretirlos en la boca.
4.° Quietud absoluta y dieta.

Si no bastan estos medios sencillos y se prolongase la hemorragia, podrá recurrirse á la medicacion que se encuentra en la prescripcion siguiente:

Segunda prescripcion.

En caso de ser abundante, ó prolongarse demasiado una hemorragia.

1.° Para tisana, limonada sulfúrica (véase t. 1.°, art. *Epistaxis*);
ó bien:
Infusion de consuelda mayor, con adicion de:
Agua de rabel.. . . . . 25 á 30 gotas para cada libra.
2.° Pocion aluminosa (véase pág. 226).
3.° Aplicacion del frio interior y esteriormente.
Será provechoso aplicar, bien al epigastrio, bien á los testículos ó sobre la laringe, una vejiga á medio llenar de pedazos de hielo.

4.° R. Opio puro. . . . . 1 grano.
Emulsion de goma arábiga. . . . 6 onzas.
Mézclese.
Para tomar á cucharadas.
5.° Aplíquense sinapismos á las estremidades,
ó bien:
Pediluvios y maniluvios sinapizados.
6.° Quietud absoluta. Dieta, *ut supra.*

En vista de que tan difícil como es preveer los diversos casos particulares, es fácil agrupar los medios precitados, segun las exigencias de cada caso, creo que no es necesario multiplicar estas prescripciones.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° Emisiones sanguíneas; refrigerantes; ácidos; astringentes; estípticos; antiespasmódicos; narcóticos; vomitivos; purgantes, y otros medios diferentes.
2.° Tratamiento de la gastrorragia en sus diversos períodos.
3.° Tratamiento de la gastrorragia supletoria.
4.° Tratamiento de la gastrorragia durante el embarazo.
5.° Tratamiento de la gastrorragia escorbútica y constitucional.

ARTICULO II.

EMBARAZO GASTRICO.

Tan vagamente describen los autores esta afeccion, que es muy difícil formarse idea precisa de lo que ella es. Comprendiendo los antiguos en las denominaciones *dispepsia,*

fiebre gástrica, *fiebre biliosa*, cierto número de enfermedades diferentes, incluian necesariamente en sus descripciones infinidad de síntomas que hoy dia han de referirse á otras afecciones. Sin caer absolutamente los modernos en esta confusion, han olvidado de tal modo estudiar la enfermedad, ateniéndose á la observacion, que no han podido llegar á trazar exactamente sus límites. Tambien se ha visto negada la existencia del embarazo gástrico, considerándole desde entonces como una variedad de la *gastritis crónica;* opinion es esta que há muy poco todavía fué emitida por Roche (*Nouv. Elém. de Path.*, edic. 4.ª, tomo 1.º, pág. 455). Sin embargo, diariamente vienen á los hospitales, y es muy frecuente ver en la poblacion enfermos afectados de síntomas muy bien caracterizados que no pueden atribuirse á una verdadera gastritis, y ceden con la mayor brevedad al tratamiento evacuante. Tiene, pues, esta afeccion fisonomía propia; no puede ser confundida con ninguna otra, y su curso rápido, agudo, no permite referirla á la gastritis crónica. Por consiguiente, es indispensable delinear por separado su descripcion y dar á conocer su tratamiento particular.

Dejo dicho que por lo general no se han pedido á la observacion los documentos necesarios para estudiar el embarazo gástrico: describirle ateniéndose á recuerdos ó á descripciones anteriores es cuanto casi siempre se ha hecho. Y si bien se esplica esta negligencia por lo poco grave que la enfermedad es, no deja, sin embargo, de causar perjuicios; que así quedamos en dudas acerca de muchas cuestiones importantes. No obstante, hay que decir que Martin Solon fijó algo mas precisamente su atencion en este punto, y sobre todo, que se ha dedicado á recoger hechos á propósito para dilucidar los principales puntos de la historia del embarazo gástrico. En este artículo recurriré á la Memoria que relativamente á esta enfermedad publicó (*Gaz. Méd.*, 1836).

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

No conociendo las lesiones que constituyen el embarazo gástrico, y siendo, como ya he dicho, muy variables las descripciones de los autores, es difícil dar la definicion exacta de la enfermedad. Con todo, en vista de los hechos que he consultado, me parece que debe adoptarse la siguiente: el embarazo gástrico es una afeccion caracterizada principalmente por pérdida del apetito, sabor amargo ó boca desabrida, sensacion de plenitud en el estómago, malestar, cefalalgia, y por la rapidez con que ceden los síntomas á los

evacuantes. En concepto del mayor número de los autores, existen otros muchos síntomas característicos; pero, como veremos en la descripcion siguiente, distan bastante de ser esenciales.

Ademas de que, como dejo dicho, forma parte el embarazo gástrico de las afecciones conocidas con los nombres de *fiebre gástrica y biliosa*, se designa tambien con los de *estado saburral*, *mucoso*, *saburras del estómago*, *embarazo bilioso*, *fiebre gástrica saburral, etc.*; y J. Frank le describe, así como á otras muchas afecciones mal definidas, bajo la denominacion de *febris gástrico-saburralis secundaria*. En fin, aún me quedan por citar los nombres *febris stomathica, saburral fieber* de los alemanes, y *febbre gástrica* de los italianos.

Aunque no se ha tratado de determinar precisamente la *frecuencia* del embarazo gástrico, el mayor número de casos, sin embargo que cada año se ofrece á los médicos, prueba suficientemente que es enfermedad muy frecuente. Ya veremos si se puede saber cuáles son las épocas del año en que lo es mas.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

No obstante que es imposible decir, en vista de las observaciones, si realmente se dan causas predisponentes de embarazo gástrico, no han vacilado los autores en admitir unas cuantas. El *estío* y el *otoño*, en concepto de algunos, y la *primavera* segun otros, son las estaciones en que principalmente se manifiesta la enfermedad. Ateniéndose á lo que generalmente se cree, puede decirse que el embarazo gástrico parece mas frecuente hácia el *fin del estio*.

El habitar en *sitios frios y húmedos*, los *alimentos malos*, la poca ropa y un trabajo superior á las fuerzas, son causas cuya existencia está generalmente admitida, á pesar de que se conoce cuánto dejan que desear acerca de este punto las investigaciones, puesto que casi siempre han recaido en las clases pobres, y en ellas se encuentran reunidas constantemente estas circunstancias; de suerte que podrian tomarse como causas de todas las enfermedades.

Tambien se ha comprendido en esta clase de causas, la *vida sedentaria*, los *trabajos mentales* y las *vigilias prolongadas*. El tener el embarazo gástrico por síntomas principales los desórdenes de la digestion, ha inducido á admitir el influjo de estas causas, aunque no podemosa signarle límites.

Las *pasiones vivas* y las *emociones morales*, *violentas*, han tenido tambien cabida en esta lista. Aunque no nos decidamos del todo acerca de este punto, advertimos que en una observacion referida por Martin Solon se manifestó el embarazo gástrico inmediatamente despues de un gran sobresalto. Ademas, ya sabemos qué influencia ejercen en las funciones del estómago las emociones intensas.

Tocante á los *escesos habituales*, bien de régimen, bien en las relaciones sexuales, así como tambien á la *tristeza prolongada*, no podemos hacer mas que citarlos porque faltan datos necesarios.

En cuanto á la *edad*, *sexo*, *constitucion* y *temperamento*, no se han hecho las suficientes investigaciones; pero hé aquí lo que resulta de quince observaciones tomadas de Martin Colon.

Como fueron recogidas las observaciones en un hospital en que solamente se admiten adultos, no resultan nociones precisas relativamente á la *edad*, no obstante que en dichas observaciones se especifica. Se ha dicho que la *vejez* predispone á esta enfermedad, que efectivamente es muy frecuente en la Salitrería y en Bicetre, hospicios de ancianos.

Entre 14 individuos cuyo sexo se nombra en las observaciones de Martin Solon, 9 eran mujeres; dato que ha de tomarse en cuenta, aunque el número no sea bastante considerable para fijar nuestra opinion.

Por lo general eran de *constitucion* fuerte los enfermos, y solamente de muy pocos se dice que tuviesen bilioso ó bilioso-sanguíneo el temperamento.

2.° *Causas ocasionales.*

La falta de observaciones recogidas debidamente hace que apenas estemos mas instruidos respecto de las causas ocasionales. Está admitido que las mas de las ya mencionadas pueden producir el embarazo gástrico, cuando sobrevienen bruscamente; y así es que las principales causas escitantes asignadas á esta enfermedad son un esceso insólito, el uso de carnes indigestas ó de otros alimentos que fatiguen al estómago, y una indigestion producida por cualquier causa. Creemos, sin embargo, que se ha exagerado mucho la influencia de estas causas, en el mismo hecho de incluir entre ellas infinidad de sustancias alimenticias que todos los dias usamos impunemente. ¿Deberá decirse, con J. Frank por ejemplo, que son causas reales de embarazo gástrico los huevos duros, el pan caliente, los melones, etc.? Hay tanta

menos razon para afirmarlo, cuanto que aun el mismo autor se ve precisado á admitir la existencia de una *constitucion anual* desconocida; y esto prueba que no es tan fácil determinar las causas ocasionales. Añadamos que muchas veces se ven individuos, á quienes acomete esta enfermedad sin haber cambiado en nada su régimen habitual.

§. III.—Síntomas.

En la descripcion de los síntomas es donde principalmente se encuentra gran dificultad para contenerse en límites bien marcados. En efecto, mas arriba vimos que se referia el embarazo gástrico á muchos estados diferentes; pues de aquí resulta el haber encontrado embarazos gástricos con una fiebre intensa y prolongada, con accidentes intestinales mas ó menos graves, con trastornos cerebrales, como en la epidemia de Tecklembourg, descrita por Finke (1776); con accidentes febriles intermitentes ó remitentes, cual sucedia en la de Lausana, observada por Tissot (1755); en una palabra, con los síntomas mas variados. Yo por mí, ateniéndome á las observaciones que he podido recoger, voy á trazar un cuadro breve del estado á que incontestablemente puede llamarse *embarazo gástrico*, y se verá que dicha enfermedad es mucho mas simple que lo que piensan estos autores, quienes con el mismo nombre han descrito evidentemente las mas de las afecciones febriles graves ó leves.

La *anorexia*, casi siempre completa, es un síntoma capital que se observa desde el *principio* de la enfermedad. Muchas veces hay tambien la mayor *aversion* á los alimentos, síntoma que no ha faltado en ninguno de los casos observados por Martin Solon.

Al mismo tiempo se quejan los enfermos de *gusto amargo*, otras veces *soso*, en ocasiones *enteramente particular*, pero siempre molesto y desagradable. La *boca* está *pastosa* y los enfermos ejecutan frecuentemente una especie de movimiento de deglucion, como para limpiarla de una sustancia pegajosa que les incomoda. La *lengua* se presenta cubierta de una *capa* mas ó menos espesa, que los autores designan con el nombre de *capa saburral* ó *limosa*, y es blanca ó blanco-amarillenta. En cierto número de casos comprobó Martin Solon que el hálito tenia una *fetidez* particular, á que se ha llamado de *hálito saburral*.

A veces vienen á reunirse á estos síntomas las *náuseas*: Martin Solon las ha visto positivamente en 6 de los sugetos

que observó. Es mas raro que haya *eruptos agrios* ó *nidorosos*; y mas aún el observar en el embarazo gástrico esos *vómitos*, que mas adelante los presentaremos por síntomas característicos de la *gastritis*. Una sola vez notó dicho autor el vómito de materias alimenticias, y el de amargas en otra ocasion. Se refiere que un sugeto tuvo *regurgitaciones* biliosas.

Casi en la mitad de casos encontramos de parte de la *region epigástrica*, cierta *ansiedad*, *incomodidad*, malestar, pero *no verdadero dolor*: sin embargo, en 3 sugetos observados por el referido Solon, lo hubo espontáneo y bastante notable, de modo que podria preguntarse si en estos casos existió una gastritis. Este es un punto que mas tarde examinaré (véase el art. *Gastritis*). La region epigástrica se ha manifestado *indolente á la presion* siempre que se recurrió á este medio de esploracion, lo que por desgracia se ha descuidado con muchísima frecuencia.

En cuanto á la *sed*, nunca se ha dicho en las observaciones que fuese viva; por el contrario, de que no la hubo se citan ciertos casos.

El *vientre* bien configurado, no sufre ningun dolor, ni espontáneo ni provocado. La *constipacion* se ha manifestado constantemente en las observaciones que he recogido; porque si bien es verdad que en el curso de la dolencia hubo algunas deposiciones líquidas, deben de atribuirse á la influencia del tratamiento. A pesar de esto, admiten los mas de los autores como síntomas del embarazo gástrico, cámaras frecuentes, y diarreas mucosas ó biliosas, segun la clase de enfermedad. A la observacion ulterior toca dilucidar definitivamente este punto; pero entre tanto pueden elevarse algunas dudas acerca de la existencia de las deposiciones frecuentes y líquidas en clase de síntoma en el embarazo gástrico, y al menos hay que confesar que, si se presenta este síntoma, es mucho mas raro que lo que podria inferirse de la descripcion de los autores.

¿Cuál es el estado de la circulacion en medio de todos estos síntomas? De los 15 sugetos que mas arriba he citado, hubo 7 cuyo *pulso* permaneció siempre normal; en los demas se presentó un *movimiento febril*, caracterizado principalmente por la aceleracion del pulso; y en todos los casos fue muy moderada la fiebre, de cortísima duracion, y cedió fácilmente á los medios con que se combatiera. Así pues, el movimiento febril no es un síntoma esencial del embarazo gástrico, y cuando existe solo presenta mediana intensidad. En

efecto, nada mas que en un caso se elevó á 104 el número de pulsaciones, á 94 en otro, y en los demas no pasó de 80.

Por síntoma propio del embarazo gástrico se cita una *cefalalgia* frontal gravativa, que generalmente no se disipa hasta tanto que cesa la enfermedad mediante un tratamiento adecuado. No hay médico á quien no se le haya ofrecido ocasion de notar la existencia de esta cefalalgia; y sin embargo desgraciadamente quedamos detenidos á causa de la imperfeccion de las observaciones, cuando se trata de fijar su frecuencia. Solo en dos casos la refiere Martin Solon, y en los demas no llamó su atencion, si ya no es en uno con motivo de faltar.

En algunos casos se agregan á estos síntomas, un malestar general, *cansancio*, dolores contusivos en los miembros, y un poco de *insomnio* alguna que otra vez.

El *estado de la cara* es tambien punto respecto del que han insistido los autores. Como propio del embarazo gástrico descrito bajo el nombre de *embarazo bilioso*, se ha considerado el color amarillento de los lábios, de las escleróticas, y principalmente del espacio naso-labial. Solamente cita una vez dicho estado el referido Martin, y otro caso hubo en que la cara estaba ligeramente inyectada: por tanto, aunque sea cierto que se presenta en el embarazo gástrico con semejante aspecto, no podemos decir en qué proporcion de casos.

En esta descripcion no hemos hablado de la *salivacion*, de las *aftas*, del *hipo*, de los *dolores en los hipocondrios*, ni de otros síntomas que refieren los autores; porque de tales fenómenos, que únicamente aparecen en poquísimos casos, y que son enteramente secundarios, no se hace mencion en las observaciones que he reunido.

En cuanto á las *orinas*, casi siempre fueron *raras* y *sedimentosas*, aun en los casos en que podia referirse la enfermedad á esa forma de embarazo gástrico llamado *pituitoso* ó *mucoso*; forma en que, segun algunos autores, están pálidas y sin sedimento.

Formas del embarazo gástrico. ¿Debemos describir ahora por separado las diversas formas que se ha creido encontrar en el embarazo gástrico? Como los autores no tratan este punto con precision, no puede establecerse en bases sólidas division semejante. Solamente diremos que en aquellos casos en que la boca está desabrida, pálido ó natural el rostro, y en que no son amarillas ni amargas las materias vomitadas, se dice que hay *embarazo gástrico mucoso* ó pituitoso; y *gástrico-bilioso*, cuando está amarillo el rostro, amarga la boca y son biliosas

las evacuaciones. Distincion es esta que no tiene ninguna importancia para el tratamiento.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* del embarazo gástrico es, como mas arriba he dicho, agudo y rápido por lo general. Sucede ordinariamente que al cabo de ocho ó diez dias se disipa esta afeccion sin emplear el tratamiento evacuante, como los enfermos se sometan á las bebidas ácidas, á la quietud y á la dieta. Pero si quieren esforzarse en tomar alimentos, en trabajar, en una palabra, si se olvidan de toda precaucion higiénica, puede prolongarse mucho la enfermedad, como se ve en aquellas observaciones de Martin, que versan sobre individuos que entraron en el hospital despues de veinte á veinte y siete dias de padecerla. Esta prolongacion de los síntomas es indudablemente por lo que han creido algunos autores que podrian aproximar los embarazos gástricos á la gastritis crónica.

Acabo de manifestar la duracion de la enfermedad en los casos mas comunes, y cuando no se ha recurrido al tratamiento por los evacuantes, y en el artículo del tratamiento veremos cuánto la acortan los medios de este género.

La *terminacion* constantemente es feliz; y aun los médicos que confunden el embarazo gástrico con otros estados mas graves, han atribuido la muerte, en el caso de que haya venido, no al embarazo gástrico en sí, sino á una fiebre grave de la que solamente era preludio la afeccion que nos ocupa. Escusado es advertir que en estos casos se han tomado por simples síntomas de embarazo gástrico los signos de una afeccion incipiente, y que por tanto hubo error de diagnóstico.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Terminando siempre felizmente, segun acabo de decir, el embarazo gástrico, se infiere que nunca habrá sido dable conocer el estado del órgano enfermo, y que nada podemos manifestar acerca de las lesiones anatómicas que sea un resultado de investigaciones positivas. Pero ¿es dable presumir? la naturaleza de las lesiones en vista de la de los síntomas Ateniéndose muchos médicos á los desórdenes de la digestino, al dolor que suele existir en el epigastrio y al ligero movi-

miento de fiebre que en ciertos casos se observan, no han vacilado en tener al embarazo gás rico por una verdadera gastritis de cortísima intensidad. Sin embargo, no hay fundamento para admitir una inflamacion: ademas de que esceptuando los desórdenes de la digestion, en no pocos casos faltan los síntomas que dejo mencionados, veremos que un simple vomitivo destruye prontamente todos los accidentes, lo que no parece conformarse con la existencia de una gastritis. Conozcamos, sin embargo, que no son decisivas estas razones, que son simples presunciones, y suspendamos nuestro juicio hasta que si es posible vengan hechos positivos á dilucidar estas cuestiones oscuras.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Si hubieran de tenerse por verdaderos embarazos gástricos las diversas enfermedades que describen los autores, nacerian dificultades insuperables para establecer el diagnóstico. Fácilmente se comprende la incertidumbre en que los mas se han visto cuando se trataba de distinguir la afeccion que nos ocupa de todas las que pueden simularla. Comprendiendo la enfermedad en los límites que le hemos marcado, queda menos insoluble la cuestion, si bien no deja de presentar todavía dificultades considerables. Recordemos que Louis (*Rech. sur. l' Aff. typh.*) nos ha dicho, que habiendo querido comparar los casos de embarazo gástrico con los de gastritis, se le ofrecieron tantas dificultades al distinguir ambas afecciones, que tuvo que ceder de su empeño. Esto prueba que hay cierto número de casos tan parecidos, que en vano se tratará de separarlos; y acaso tambien, que el embarazo gástrico es limítrofe de la gastritis verdadera, lo que no seria un argumento débil para los que atribuyen dicha enfermedad á una inflamacion del estómago. Dánse, sin embargo, no pocos casos suficientemente delineados para poder establecer el diagnóstico: respecto de los que quedan indefinidos, á la observacion ulterior toca buscar los signos propios para caracterizarlos.

La afeccion, de que en primer lugar conviene distinguir cuidadosamente el embarazo gástrico, es la *gastritis leve*, y nos hallamos con que los signos diferenciales, citados por los autores, distan mucho de tener el valor que se les atribuye. En efecto, hé aquí el resúmen que de ellos nos dan los autores del *Compendium* (tomo 4.º, artículo *Embarazo gástrico.*)

«Confundirse puede, dicen, con el embarazo gástrico la gastritis leve; pero en esta última afeccion está encendida y limpia la lengua, hay sed viva, sensibilidad mas marcada en el epigastrio, *menos ganas de vomitar*, y no son tan pronunciados, el sabor amargo, el malestar general, ni la cefalalgia. Acabarán de dar á conocer á la gastritis la *constipacion* y la exasperacion de los síntomas á causa de un vomitivo.» Como aún todavía se verá mejor cuando trace la descripcion de la gastritis, hay seguramente muchas inexactitudes en este modo de apreciar los síntomas: la rubicundez de la lengua no es de ninguna manera signo de gastritis; y es tan inexacto decir que no haya tantas ganas de vomitar en esta afeccion, que precisamente sucede lo contrario. En cuanto á la constipacion ya hemos visto que es igualmente síntoma del embarazo gástrico y de la gastritis, y en vez de decir que la exasperacion de los síntomas de esta última es efecto de un vomitivo, seria mas juicioso creer que la mejoría rápida que este medio determina en el embarazo gástrico es uno de los mejores signos diferenciales. De aquí es que para nosotros lo que distingue el embarazo gástrico de la gastritis, es la cefalalgia frontal, el amargor ó lo insípido de la boca, los poquísimos vómitos biliosos, en contraposicion de lo frecuentes que son en la gastritis, el poco dolor del epigastrio, principalmente á la presion, y la falta, en fin, de fiebre en cierto número de casos, y su corta intensidad en los demas. Signos diferenciales son estos, que parecerán mucho mas positivos cuando haga la historia de la gastritis.

Para los artículos *Reblandecimiento del estómago* y *Gastritis crónica* dejo el diagnóstico diferencial de estas afecciones y del embarazo gástrico. Relativamente á la *gastrorrea*, que, como mas adelante veremos, casi siempre es síntoma de la *gastrálgia*, se distingue suficientemente del embarazo gástrico por los vómitos de materias blancas filamentosas que generalmente vienen por las mañanas, por la permanencia de apetito, y por su cronicidad.

Queda una afeccion, de la que es mucho mas difícil distinguir el embarazo gástrico: me refiero al simple *cansancio* acompañado ó no de esa *fiebre efímera* que á primera vista puede hacer que se tema el desarrollo de una enfermedad grave, y que tan pronto se disipa bajo el influjo de la quietud y del régimen. Efectivamente, en estos casos se halla mas ó menos disminuido el apetito, y aun suele haber aversion á los alimentos. Aunque resulta que tiene importancia esta cuestion del diagnóstico, seria prematuro tratar de ella ahora: creo

que debo dejarla para los artículos consagrados al cansancio y á la fiebre efímera, donde estudiaré cuidadosamente los hechos que haya recogido. Al presente, pues, basta ofrecer en un cuadro el diagnóstico diferencial del embarazo gástrico y de la gastritis leve.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

Signos distintivos del embarazo gástrico y de la gastritis aguda leve.

EMBARAZO GASTRICO.	GASTRITIS AGUDA LEVE.
Sabor amargo desagradable, ó desabrimiento.	Sabor amargo y desagradable, nulo, ó poco pronunciado.
Incomodidad en la region epigástrica mas bien que dolor, y aversion á los alimentos.	Dolor epigástrico espontáneo y á la presion; nada de aversion á los alimentos.
Náuseas raras, y vómitos biliosos que aún lo son *mas*.	Náuseas y vómitos biliosos *repetidos*.
Cefalalgia frontal persistente, muchas veces muy incómoda.	Cefalalgia *menos persistente*, *no tan incómoda*, y en relacion con el movimiento febril.
O *no hay fiebre*, ó es muy ligera.	Fiebre bastante alta casi siempre.

Pronóstico. Puesto que ya he dicho que siempre termina felizmente la enfermedad, me escuso tratar del diagnóstico.

§. VII.—Tratamiento.

Si dejamos al embarazo gástrico contenido en los límites que le señalo, resulta sumamente sencillo el tratamiento: en efecto, solo se trata de usar casi esclusivamente el método evacuante. Quizá provendrá de no haber procedido así los autores, la confusion estremada que reina en la historia del embarazo gástrico. A la verdad, para ellos es indispensable inquirir si ha habido estravíos de régimen, escesos en la comida, y si el estómago estaba irritado ó debilitado hacia ya mucho tiempo, etc.; pero, como fácilmente se vé, han aplicado el tratamiento á indigestiones y á gastralgias antiguas y aun á verdaderas gastritis. Puede decirse sin temor de errar, que siempre que se ha demostrado la existencia de un embarazo gástrico, triunfaron de él con prontitud los vomitivos; y hé aquí una circunstancia que por sí sola basta para formar una enfermedad diferente del estado que nos ocupa.

Vomitivos. Con muchísima frecuencia se administra á los adultos el *tártaro estibiado* á la dósis de un grano en medio vaso de agua para tomar de una vez; y se dará en una pocion, como la que sigue, si se quiere emplear en los niños:

R.	Agua destilada de tila.....	4 onzas.
	Tártaro estibiado.....	2 granos.
	Jarabe simple.....	1 onza.

Para tomar á cucharadas cada diez minutos hasta que se efectúen cuatro ó cinco vómitos.

Es cosa esencial que entre en la pocion una dósis algo alta de tártaro estibiado, porque de lo contrario no obraria bastante pronto, y que casi siempre rehusan obstinadamente los niños tomar mas dósis desde que les principian las náuseas. Por otra parte, es menester vigilar la administracion del emético, no sea que produzca evacuaciones demasiado abundantes.

Muchos médicos prefieren el tártaro estibiado á la *ipecacuana*, con motivo de ser mas infieles los efectos de esta sustancia; y otros, por el contrario, miran en ella casi un específico para los casos de embarazo gástrico. A este número pertenece Martin Solon, que la prescribe á la *dósis de un escrúpulo á cuarenta granos, segun los casos.* Se dá en polvo y en dos ó tres veces echándole en una cucharada de agua ó de tisana.

Imposible es fallar con mucha seguridad sobre la preferencia que ha de darse á los diversos vomitivos; pero lo esencial es producir el vómito, porque cualquiera que sea la sustancia que le provoque, viene seguido muy de cerca del restablecimiento. En las observaciones recogidas por Martin Solon, varió de dos á tres dias la duracion del tratamiento cuando era simple el embarazo gástrico; y lo que importa notar es que entre estos casos se cuentan muchos en que el principio de la enfermedad databa de quince y aun de veinte y cinco dias. En no muy pocos se habian practicado en vano evacuaciones sanguíneas.

Purgantes. Ya hemos visto que en el embarazo gástrico hay ordinariamente constipacion, síntoma que casi nunca es necesario combatir y que cesa inmediatamente despues de obrar el vomitivo. Pero si así no sucediese, de ella triunfarian, al mismo tiempo que destruirian los últimos vestigios de embarazo gástrico, dado caso que aun los hubiese, los purgantes suaves, como el agua de Sedlitz, media onza de sulfato de sosa en un vaso de agua, ó una entera de aceite de ricino.

Emisiones sanguíneas. Como existiese un poco de dolor en la region epigástrica y un ligero movimiento febril que pudiera hacer sospechar una inflamacion del estómago, era frecuente recurrir á las emisiones sanguíneas, entre las que casi siempre se ha preferido la aplicacion de quince á treinta *sanguijuelas* al epigastrio. Si á fin de apreciar el valor de este tratamiento examinamos las observaciones que he reunido, veremos que á veces han tenido por efecto estas aplicaciones de sanguijuelas, la disminucion ó la desaparicion del dolor epigástrico; pero hay que notar cuidadosamente que no se dió caso ninguno en que disipasen los síntomas propios del embarazo gástrico. Por tanto, solo recurriremos á ellas cuando sea vivo el dolor, y no deberá insistirse en su uso, para llegar prontamente al de los vomitivos, tan eficaces en tales casos.

Régimen. En el curso de la enfermedad es necesario guardar dieta, á la que casi siempre se someten los enfermos sin mas precepto que su aversion á los alimentos. Pero desde que se triunfa de la enfermedad, vuelve el apetito y se pueden prescribir sin temor alimentos ligeros; así es que en el mayor número de casos al dia siguiente de la administracion del vomitivo no hubo inconveniente en conceder sopas, ni para dar alimentos mas sustanciosos al otro dia. En seguida se aumenta rápidamente la alimentacion, sin que haya que temer la irritacion del estómago, que tanto asustaba hace algunos años.

Tenemos por inútil establecer prescripciones ni presentar un resúmen para tratamiento tan sencillo.

ARTICULO III.

GASTRITIS SIMPLE AGUDA.

Todos confiesan que es cosa sumamente difícil tratar de la gastritis guda: bien se sabe cuántas discusiones se han promovido y por cuántas fases diferentes ha pasado la historia de esta enfermedad, sobre todo en estos veinte años últimos. Si los antiguos no tenian duda de su existencia, fácil es convencerse de que tampoco se formaron una idea exacta de sus síntomas. En Hipócrates (*de Victu acutorum*, §. III y VI, y *Coacæ prænotiones*, §. II) se encuentran ya pasajes relativos á enfermedades en que hubo síntomas bastante notables por parte del estómago, pero que del todo no se las podia considerar como simples gastritis. Tampoco han

tido mas precisos Galeno y los autores que le han seguido. En efecto, ¿ qué conocimientos de gastritis se sacan de leer en Hipócrates el pasaje siguiente? «Præcordiorum dolores cum febre, si dolor intensus ad occiput progressus fuerit repentè, occidunt convulsivo modo»; ó bien estas palabras en Celso (lib. IV, cap. V)? «Atsi inflammatio aliqua est, dolor et tumor sequitur.» Dejemos, pues, de buscar en los autores antiguos nada que haga relacion mas ó menos directa á una enfermedad que no podian distinguir suficientemente.

En estos últimos siglos han publicado muchísimos médicos disertaciones acerca de la gastritis, á mas de lo que de ella tienen dicho los autores en sus tratados de patologia interna; y sin embargo basta notar qué conocimientos tan vagos teníamos de ella todavía hace pocos años, para convencerse de que, lejos de haber dilucidado la historia de esta afeccion tantos trabajos, únicamente han servido para acarrear la mayor confusion. En los escritos de F. Hoffmann (tomo 4.°, *de Febre stomachicâ inflammatoriâ*), de Van Swieten (*Comm. in Boerh. Aph.*, tomo 3.°, §. 951 y siguiente), de De Haen (*Rat. méd. passm*), de Stoll y Sauvages (*Nos. meth.*, class. 3.ª, ord. 2.°, gén. 4.ª), de Cullen (*Méd. prat.*, tomo 1.°), etc., etc., se encuentran uno ó muchos artículos consagrados á la inflamacion del estómago; pero en ellos es donde principalmente reina la confusion de que ahora mismo hablaba. Otro tanto debe decirse del capítulo de P. Frank (*Ep. de Cur. hom. Morbis*, lib. 2.°, ord. 4.°, *de Gastritide*), autor que en vano se esfuerza por simplificar una cuestion insoluble para él.

Aunque en la época en que reinára el sistema de Broussais se habló tanto de la gastritis, exagerando en demasía, como todos saben, su importancia y gravedad, ¿se hicieron algunos adelantos en esta materia difícil? Dígase lo que se quiera, hay que confesar que de ningun modo han ilustrado el diagnóstico de la gastritis las observaciones de Broussais: analizadas tengo las que este autor célebre refiere, y no me ha sido posible conocer en ellas una gastritis simple. He encontrado además, lo que se les hará duro de creer á los que no hayan leido atentamente el *Tratado de las flegmasias crónicas*, que en muchos sugetos de los que este autor observára parecia no estar en el estómago el punto de partida de los síntomas.

De todos estos trabajos, que no están fundados, resulta una incertidumbre estremada en todo lo concerniente á la enfermedad que nos ocupa. ¿Y cuál ha sido el resultado final? Que despues de haber admitido con mucha ligereza y por muchos años la existencia frecuente de la gastritis, parece

que hoy dia se ven precisados los médicos á ponerla completamente en duda.

No será, pues, de estrañar que si en el curso de este artículo citamos los trabajos anteriores, solamente sea para criticarlos. En efecto, si se quiere tocar resultados positivos, tenemos que recurrir á documentos enteramente nuevos, en cuyo estudio haya presidido toda la exactitud posible, y se hayan usado los medios de diagnóstico adquiridos recientemente, sin hacer caso de ninguna preocupacion. Para obtener este resultado he reunido 17 observaciones, recogidas con todo el esmero que desearse puede, y cuyos diagnósticos han sido rigorosamente confirmados (1).

Tocante á los casos de gastritis publicados por los autores, tambien los he reunido y analizado, á fin de compararlos con los que forman la base de este artículo. Entre ellos se cuentan 8, recogidos por Andral (*Clinica med.*, tomo 2.º, *Enfermedades del Abdómen*, *Gastritis aguda*) que terminaron funestamente. Debo desde luego decir aquí, que los hechos referidos por este autor son por lo general sumamente estraordinarios; que los mas carecen de detalles muy importantes en lo concerniente al estado de los diversos órganos, y notablemente al de los intestinos y de las vias urinarias; por último, que muchos de ellos, y en particular las observaciones 7.ª y 8.ª, no hacen de ningun modo relacion á una gastritis simple, pues que habia ulceraciones en los intestinos, y peritonitis en un caso. Quedan por lo tanto muy pocos, si es que algunos, que puedan todavía tenerse por casos de gastritis simple terminada por la muerte, ó son por lo menos enteramente escepcionales: y si uno recuerda que en la época en que se recogieron estas observaciones dominaban las ideas de Broussais, y que en el autor habian hecho no poco efecto, solamente se concederá confianza á muy pocos hechos, y ésta limitada. Notemos además que desde aquella época, desde que el diagnóstico está mas determinado y se han llevado con mas exactitud las observaciones, no se citan hechos parecidos, y confesamos que todavía tienen que quedar dudas respecto de estos hechos incompletos é insuficientes.

De las 17 observaciones que tengo reunidas, 12 han sido

---

(1) En efecto, no podrá dudarse de la exactitud de estos diagnósticos, pues, como mas adelante veremos, hemos podido comprobar en la gastritis crónica las lesiones cadavéricas inflamatorias del estómago en casos que los síntomas fueron enteramente idénticos.

recogidas por Louis, algunas son de las publicadas (*J. Hebd.*, 1830), y otras me las ha cedido el observador; 4 las ha recogido estos últimos años Cossy en la práctica de Louis, y la última, que no es la menos notable, la he publicado muy recientemente (*Bull. de Thér.*; junio, 1844.)

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Dáse el nombre de gastritis á las diversas formas de la inflamacion del estómago. Como ya hemos visto mas atrás, los antiguos la distinguian con los de *erysipelas stomachi*; *passio cardiaca*; *febris stomachica inflammatoria*, *ventriculi inflammatio*, etc.; y hasta fines del siglo último no se ha puesto en uso la espresion *gastritis*, generalmente empleada hoy dia.

Si hubiera de creerse en esto á los médicos de la *escuela fisiológica*, no se daria afeccion mas *frecuente* que la gastritis; pero bien se sabe que dichos autores pensaban, al menos así lo demuestran en los escritos que publicaron hace quince años, que habia gastritis siempre que se presentaban desórdenes graves procedentes del estómago: de aquí es que para ellos casi constantemente existia la inflamacion de esta víscera en el principio de las enfermedades febriles, y era el punto de partida de los síntomas que á continuacion venian. De otra parte, no tomando en consideracion la marcha de la enfermedad, y encontrando vestigios de inflamacion del estómago en cierta época de las afecciones agudas ó de las crónicas, sucedia que, lejos de ver en esta flegmasia una lesion secundaria, la tomaban frecuentemente por la enfermedad primitiva.

Hoy en dia no hay ya lugar á semejantes errores, y debe formarse otra idea de la frecuencia de la gastritis. Pero tenemos que hacer una distincion si se considera en general la gastritis primitiva y la secundaria: aparece que es muy frecuente esta afeccion, pues que efectivamente suele venir muy á menudo en todas las enfermedades agudas que promueven un movimiento febril muy pronunciado, y en el curso de las crónicas, principalmente en la tisis pulmonal; pero si, como debe hacerse, buscamos únicamente la frecuencia de la gastritis primitiva, vemos que es muy poco considerable. Para reunir las 17 observaciones que he mencionado se han necesitado muchísimos años; Louis dice que en la asistencia de mas de 100 camas de la Pitié no se presentaban cada año mas que 5 ó 6 casos de gastritis; y todos

los médicos de hospital saben lo raro que es observar esta enfermedad bien caracterizada. De otra parte, Louis me dijo que nunca tuvo ocasion de tratarla en su práctica particular, y sé por Gherard, médico del hospital de Filadelfia, cuyo talento de observacion es bien conocido, que la gastritis es tambien rara en esta ciudad, aunque la poblacion se abandona frecuentemente á escesos de bebidas alcohólicas. De todo esto resulta que las aserciones emitidas por Broussais y por los médicos que han seguido su doctrina, son de lo mas inexacto; y hé aquí, si necesaria fuese, otra prueba del poco esmero con que se estudiara la enfermedad, pues que es evidente que en muchísimos casos habia que verla donde no existia.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Fácilmente se concibe cuántas causas no se habrán atribuido á una afeccion que tan frecuentemente se encontraba. Espondré primero las que puedan estudiarse en las observaciones que he reunido y en seguida me ocuparé de las que citan los autores.

Relativamente á la *edad*, no pueden servirnos estas observaciones, porque se han seguido en hospitales donde solamente se reciben adultos. Con todo, podemos decir que se han presentado varias edades, y que eran intermedias de veinte y sesenta y cinco años: esto es, que la gastritis no ha sido mas frecuente de una manera notable en ninguna época de la vida. Sabemos que Billard ha descrito las diversas formas de la gastritis en los *recien nacidos y en los niños de pecho*, y sin embargo no cita ni una sola observacion en que esta inflamacion se haya desarrollado sin complicacion, y sin dar lugar á dudas. Rilliet y Barthez (*Tr. des Mal. des Enf.*, tom. 1.°, pág. 459 y siguientes) describen una gastritis ligera de los niños; pero así como ellos lo advierten, dan este nombre al embarazo gástrico, y ya dejamos espuestos los motivos por qué han de distinguirse estas dos afecciones. En cuanto á las demas gastritis, ellos mismos la reunen al reblandecimiento del estómago, y confiesan (pág. 462) que casi siempre eran secundarias estas enfermedades. Hay pues que inferir, que si los niños padecen gastritis es con mucha menos frecuencia que los adultos.

En concepto de Broussais y de los autores que le han seguido, tiene el *sexo* mucha influencia en la produccion de

la gastritis, y los hombres estan mucho mas sujetos á padecerla que las mujeres. Pero á no ser evidente que la estadística cuenta pocos casos, y que se necesitan mas observaciones, podria tenerse por poco exacta esta proposicion de los autores, aunque entre las 17 que he reunido, 9 se refieren á mujeres.

Entre los sugetos de estas observaciones hubo 8 cuya constitucion era fuerte, y todos los demas la tenian mediana, esceptuando 2 que se hallaban debilitados por otras enfermedades cuando les vino la gastritis. Segun Broussais, esta enfermedad afecta principalmente á los hombres morenos, secos é irritables, y «entre los individuos débiles acomete de preferencia, dice, á los finos, irritables y nerviosos; á todos aquellos cuyas pasiones son mas fuertes que su temperamento, si he de servirme de una espresion vulgar, y á ciertos melancólicos en quienes las ideas sombrías tienen constantemente al epigastrio en un estado de constriccion penosa. Imposible es demostrar la verdad de tales aserciones; y en vista del pasaje recien citado se inclina uno á creer que dicho autor tanto se referia á la gastralgia como á la gastritis; resultando de aquí que para nosotros ya no tiene la misma importancia su proposicion.

Como en las observaciones que he reunido no encuentro nada que haga relacion á las causas predisponentes de la gastritis, me limitaré á enumerar las que todavía admiten los autores. Segun ellos, predisponen singularmente á la inflamacion del estómago los *pesares*, las emociones morales vivas, los trabajos mentales y la vida sedentaria. Aunque algunos, y entre otros Morgagni y Lieutaud, citan casos de haber nacido la enfermedad bajo estas condiciones; pero son tan en corto número como poco concluyentes. y nos quedamos lo mismo, sin saber nada de positivo acerca de este punto.

Respecto á los *escesos venéreos* y á la *masturbacion*, cuanto nos es dado decir así en general es que pueden predisponer á esta inflamacion como á todas las demas, por la debilidad que ocasionan, y mucho mas á las enfermedades nerviosas del estómago, segun se ve por los hechos. Otro tanto debo decir del *trabajo escesivo*.

Acaso deberán admitirse como causas de gastritis, las *privaciones* á que estan espuestos los individuos de la clase pobre, si se considera que la enfermedad ha sido incomparablemente mas frecuente en los hospitales que fuera de ellos, y que, como veremos ahora, no dan razon cumplida

de esta diferencia los estravíos de régimen. Casi no quedan, pues, mas medios para aplicarla que las dichas privaciones.

¿Deberá colocarse entre las causas predisponentes de la gastritis un *regimen muy escitante*, compuesto de manjares condimentados, de carnes negras, café y licores alcohólicos? Bien se sabe cuánto no se fija la opinion de Broussais acerca de este punto; y hay muchos médicos que, sin conceder tantísima influencia á esta causa, la consideran sin embargo bastante poderosa; pero lo que acabo de decir relativamente á las privaciones y la falta de escesos repetidos en el mayor número de los casos, cuya historia tengo á la vista, nos prueba que antes de aceptar estos asertos ha de mediar su discusion. Si se encuentran sugetos cuyo régimen se parece al que dejo espuesto, es indudablemente en la clase rica; y no obstante que las mas veces prolongan tanto este régimen, la gastritis, repito, es rarísima fuera de los hospitales. Verdad es que la clase inferior comete mayores escesos y mas frecuentes, pero entre tanto hay intervalos mas ó menos distantes, y cuando más puede solamente verse en estos estravíos una causa escitante. En fin, mas adelante discutiré esta cuestion.

¿Predispone el *clima* á la gastritis? Unicamente tenemos datos muy vagos acerca de este punto. Los autores que han escrito de las enfermedades de los paises calientes, no han determinado bastante bien lo que entendieran por inflamacion del estómago, y faltan además observaciones buenas; de modo que seria prematuro decidir esta cuestion. Sin embargo, es opinion muy generalizada el que las inflamaciones de las primeras vias se ofrecen con mas frecuencia en los paises calientes.

Broussais ha insistido mucho respecto de esta frecuencia, que, como acabamos de ver, no está perfectamente demostrada, y la atribuye principalmente al régimen muy escitante que se sigue en estos climas á fin de sostener las fuerzas. Por tanto, en dichos puntos habrá dos causas que obren en un mismo sentido, esto es, *la influencia del clima y la de un régimen demasiado tónico*. A la observacion toca enseñarnos qué ha de opinarse de estas aserciones sentadas anticipadamente, sin ninguna especie de prueba y en bases puramente teóricas. En conclusion, no hemos encontrado, como se ve, causas predisponentes bastante evidentes, y cuya existencia se deduzca de los hechos.

2.° *Causas ocasionales.*

Si no queremos contentarnos con los asertos de los autores, no obtendremos resultados mucho mas precisos del estudio de las causas ocasionales; que á este punto alcanza tambien evidentemente la imperfeccion de las observaciones. Hé aquí lo menos controvertible que nos enseñan los hechos.

Puede citarse por bien demostrada la accion de los *cuerpos estraños* sobre la mucosa gástrica. En diversas recopilaciones se encuentran observaciones de haber dado orígen á flegmasias del estómago la ingestion de cuerpos voluminosos, como cuchillos, cucharas, guijarros, etc.

A continuacion vienen los *estravíos de régimen*, y principalmente los escesos de *bebidas alcohólicas*. Lejos estamos de tener la misma certidumbre respecto la influencia de estas causas: entre las observaciones que he reunido, solamente tres hacen mencion de un esceso de este género, y en todas las demas es bien notorio que tales causas no existieron. En otra parte (*Bull. ther.; algunas Consideraciones respecto de la Etiología de la gastritis aguda, de la crónica y de la Gastralgia*, junio, 1844) he advertido qué sorprendente es esta circunstancia, si se considera que apenas puede calcularse el número de escesos de comida que diariamente se cometen. Muy difícil de concebir es, si fuesen verdaderas las proposiciones de Broussais, que pudieran reunirse de esta suerte cierto número de observaciones en que falta dicha causa, ni tampoco se comprenderia por qué es tan rara, como hoy dia está probado, la gastritis aguda. A esto añadimos, que en las observaciones citadas por este y otros autores con el nombre de *gastritis*, parece que en los mas de los casos ni siquiera se ha tomado el trabajo de preguntar á los enfermos relativamente á este punto.

Las reflexiones que acabo de hacer son tambien aplicables al uso de *medicamentos irritantes*, de *purgantes drásticos, vomitivos, etc.* Tan infundado es el nombre de incendiaria que en estos últimos años se ha dado á la medicacion que recurre á tales sustancias, como es evidente que nada de cuanto acerca de este particular se ha dicho estriba en la observacion.

¿Son causas eficaces de gastritis las *emociones morales*? En una de las observaciones, cuyo análisis estoy haciendo y que he referido detalladamente en la Memoria ya citada, una emocion viva y prolongada sirvió al menos de ocasion á la gastritis, si ya no de causa escitante. En efecto, habiéndose

tomado de mala gana alimentos cuando aún duraba esta emocion, vinieron los primeros síntomas de la enfermedad, que fue violentísima. De aquí se sigue que en cualquier circunstancia que venga una simple indigestion, puede producir la gastritis; aserto que sin embargo no podrá sentarse formalmente hasta que se recojan observaciones mas exactas.

Respecto á la *ingestion de bebidas frias ó heladas* cuando el cuerpo está sudando ó despues de una gran fatiga, hay que decir que si bien es una causa admitida por los autores, no se menciona en ninguna observacion

Como podemos ver, no he hablado del influjo de los *venenos acres y corrosivos;* y ha sido porque nunca tuve intencion de tratar en este artículo de la inflamacion del estómago causada por los agentes tóxicos. En efecto, esta inflamacion no constituye ni con mucho en semejante caso el todo de la enfermedad, y basta describirla cuando se trate de cada envenenamiento en particular.

Quedan ahora las *violencias esteriores*, los golpes, las caidas sobre la region epigástrica, etc.; pero los hechos no prueban suficientemente la existencia de estas causas. En un caso de los que he reunido sobrevino la enfermedad á consecuencia de violentas sacudidas causadas por los vaivenes de un carro en un viaje bastante largo. ¿Será esta circunstancia una causa ocasional evidente?

§. III.—Síntomas.

En el estudio de los síntomas es donde principalmente importa proceder con órden y método, puesto que se trata nada menos que de sentar las bases de un diagnóstico preciso, tal como hasta el presente no se ha establecido. Primero vamos á examinar los síntomas de la enfermedad estando incipiente, y en seguida revisaremos uno por uno los mas importantes de la enfermedad cuando ya está confirmada.

Invasion. En las observaciones que he reunido, varía segun los casos la invasion de la enfermedad: en efecto, unas veces han sido precedidos sus síntomas característicos de un *malestar* que duraba de uno á ocho dias; en ocasiones se han manifestado rápidamente; y aunque mas rara vez, tambien se han dado casos de aparecer la enfermedad de improviso. En 7 casos de los 17 que he reunido, se presentó el malestar precursor, compuesto de mediana debilidad, de algunos dolores contusivos en los miembros, y de anorexia ligera, pero nunca de repugnancia pronunciada á los alimentos.

Solamente en uno de los casos de que se trata se declaró súbitamente la enfermedad; buero se hallaba el sugeto á que dicho caso se refiere, cuando de repente fue acometido de *escalofrios* seguidos de calor, de dolor vago en la region epigástrica, y casi inmediatamente despues vinieron dolores vivos con vómitos. Estos fenómenos se presentaron muchas horas despues de haber comido.

En los 9 casos en que sobrevino la enfermedad rápidamente, pero no de improviso, se efectuaron de dos modos los fenómenos. En efecto, seis sugetos tuvieron primero síntomas locales, tales como dolor epigástrico, náuseas, vómitos y hasta pasado algun tiempo no se estableció el movimiento febril: en los demas, por el contrario, precedieron por algunas horas á los síntomas locales, algunos escalofrios vagos que alternaban con calor, acompañados de un poco de cansancio. Aquí encontramos una invasion parecida á las que se efectúan en las inflamaciones de mediana intensidad, y particularmente en las anginas.

Mucha diferencia hay de estos síntomas á los que algunos autores asignan á la gastritis aguda, que son escalofrios violentos seguidos de calor intenso, grandes trastornos cerebrales, agitacion viva, etc.; pero de una parte ha de observarse que estos autores describen con el nombre de *gastritis* varias especies de fiebres graves, y de la otra, que no contando la invasion desde los primeros accidentes, sino estudiando la enfermedad en la época de estar ya muy pronunciados los síntomas gástricos, refieren á la invasion fenómenos que, así como mas adelante veremos, no se encuentran aún en un período adelantado de la gastritis. Las observaciones de Andral carecen de detalles suficientes para que sea útil consultarlas; á mas de que, como llevo dicho, dejan dudas relativamente á la exactitud del diagnóstico. Se puede, por tanto, considerar lo que acabo de esponer de la invasion de la gastritis aguda como la espresion exacta de los únicos hechos observados con el esmero debido.

Síntomas. De cualquier modo que principie la enfermedad, desarrolla en seguida síntomas comunes que vamos á estudiar uno por uno.

Síntomas locales. El *dolor epigástrico*, síntoma esencial que se ha manifestado constantemente, trayendo siempre una intensidad notable, apareció *espontáneamente*, bien al principio, bien en una época algo avanzada de la enfermedad, *exasperándose siempre por la presion.* Bajo estos dos puntos de vista importa considerarle.

El dolor *espontáneo*, si bien tenia caractéres diferentes segun los sugetos, siempre fué vivo. Unos se quejaban de *punzadas* violentas en la region epigástrica; otros padecian una sensacion de *constriccion* muy dolorosa; los hubo tambien que la sufrieron de *quemadura;* en una palabra, sentian las diversas gradaciones de dolor observadas en las flegmasías de las mucosas. En dos sugetos que habian tomado una cortísima cantidad de alimentos ligeros despues de la invasion de la enfermedad, se aumentaba con particularidad este dolor espontáneo despues de la comida, y se mitigaba con los vómitos: en los demas hubo exacerbaciones, pero en épocas indeterminadas. Hay que advertir que frecuentemente venia seguida de un vómito penoso cada una de estas exacerbaciones de dolor espontáneo, lo que nos iuduce á creer que eran provocadas por el acúmulo de materias.

Segun los autores, importa buscar el *asiento* de dicho dolor epigástrico, porque esto nos puede conducir á reconocer el verdadero sitio de la misma inflamacion; pero aquellos que mas han insistido en esta circunstancia omitieron casi siempre indicar con exactitud el punto donde se sentia.

En las observaciones que he reunido se dice así en general que casi siempre ocupaba el dolor el epigastrio; que se estendió hasta el ombligo en un caso, y que particularmente residia en el hipocondrio izquierdo, en otro. Vemos, por tanto, que acerca de este punto solo tenemos datos insuficientes.

En todos los casos aumentó sensiblemente el dolor bajo una *presion* que algunas veces fué ligera; pero en ninguno de ellos se notó esa sensibilidad escesiva del epigastrio que torna incómodo el peso de la ropa de la cama, y que segun Broussais es de las causas mas eficaces de la suma ansiedad de algunos enfermos. Mas adelante veremos cuál es la causa que obliga á algunos á descubrirse contínuamente el pecho, y en el artículo *Gastralgia* probaremos que mas depende de esta neurosis que de una verdadera inflamacion, la dificultad de soportar sobre la region epigástrica las cubiertas. En los puntos donde se manifiesta el dolor espontáneo, es donde principalmente determina esta exasperacion la presion, no obstante que puede existir en otros mas ó menos distantes.

La *inapetencia* es síntoma casi constante, aunque no tan exagerado en esta enfermedad que llegue á esa anorexia completa, á esa aversion decidida á los alimentos que hemos asignado entre los caractéres del *embarazo gástrico*. En efecto, solo un sugeto tuvo aversion á los alimentos, al paso

que tres pudieron continuar comiendo muchos dias despues de la invasion, si bien en corta cantidad y con accidentes consecutivos mas ó menos ostensibles. Los demas perdieron el apetito de tal modo, que se sometian voluntariamente á una dieta severa de muchos dias seguidos.

El *movimiento febril* fué, como dejo dicho, poco intenso en los mas de los casos: se presentaron algunos ligeros *escalofrios* erráticos; pulso algo acelerado, variando entre 68 y 112 pulsaciones, y sin ningun otro carácter digno de mencionarse; *calor* poco elevado y que en realidad solamente fué intenso en dos casos; y á veces se aceleró alguna cosa la *respiracion*. Unicamente en dos sugetos tomaron bastante intensidad estos fenómenos; se elevó y adquirió dureza el pulso, dando ademas 120 y 130 pulsaciones; tornóse seca la piel, urente el calor, y habia por la noche alguna *agitacion*, que principalmente se manifestaba en ese movimiento para descubrirse el pecho, sobre el cual tanto ha insistido Broussais tomándole por signo muy importante. Si se examinan los hechos, nos convenceremos al momento que esta tendencia á descubrirse no estaba en relacion con los síntomas locales, sino mas bien con la agitacion de que acabo de hablar, y que los casos de gastritis no difieren por esto de las enfermedades en que es algo intenso el movimiento febril. No hablo de las diversas *posturas* que toman los enfermos, de la *tendencia á dar vuelcos en la cama*, de la *agitacion*, etc., porque nunca se han observado estos fenómenos en los casos cuyo análisis estoy haciendo, y no habiendo formado los autores un diagnóstico preciso, no es posible aceptar su parecer sin que vengan á ilustrarnos nuevos hechos.

Resúmen. Tales son los síntomas que creo poder asignar con toda confianza á la gastritis aguda simple y primitiva. Si los resumimos, veremos que los esenciales son: el dolor epigástrico espontáneo y á la presion; los vómitos biliosos, con náuseas ó sin ellas; la pérdida mas ó menos completa del apetito, un movimiento febril en fin rara vez intenso, y exento de los síntomas generales tan violentos que caracterizan las fiebres graves.

Si ahora dirigimos una ojeada rápida sobre la gastritis que se desarrolla *secundariamente*, advertiremos, como mas arriba he dicho, que no se diferencian esencialmente sus síntomas. Hé aquí, en efecto, cómo se espresa respecto de este punto Louis en sus *Recherches sur l' Affection typhoïde* (edic. 2.ª, t. I, p. 459): «Variables en su duracion, lo mismo que en la época de su aparicion los vómitos biliosos, vinieron

acompañados ó precedidos de dolores epigástricos; mientras que entre los sugetos que no tuvieron dichos dolores en el epigástrio, ó náuseas, ó ambos síntomas á la vez, se encontraron muchos con la membrana mucosa en su estado natural: todos aquellos que simultáneamente tuvieron dolores epigástricos y vómitos de bilis, presentaban alterada mas ó menos profundamente esta membrana. Este hecho importante parece indicar, si ya no afirmar porque son muy pocas las observaciones analizadas, que de los dolores epigástricos existiendo con los vómitos de bilis, debe inferirse la existencia de una lesion en la membrana mucosa del estómago.»

¿Qué falta en estos hechos para semejarse á los que traigo analizados, sino el ser primitivos y promover por sí mismos un movimiento febril, que en los casos observados por Louis debe necesariamente haberse perdido entre los síntomas de la fiebre preexistente? Es indudable que no se objetará que algunas de las observaciones de Louis, se refieren á simple *reblandecimiento del estómago*; porque basta que muchas de ellas sean de gastritis para que resulte exacto cuanto he sentado.

Dícese, y se ha repetido, que la *sed intensa* es carácter esencial de la gastritis aguda; pero esto solamente parece verdadero en aquellos casos en que la inflamacion parece llegar á un alto grado. De las 17 observaciones que forman la base de este artículo, únicamente hay 6 en que efectivamente hubo sed viva, que pronto se calmó desde que remitieron algo los demas síntomas. Dos sugetos, por el contrario, no sufrieron sed en todo el curso de la enfermedad, y en los restantes, aunque se dejó sentir algo mas que en el estado de salud, fué tan moderadamente, que bastaron para estinguirla un vaso de tisana ó dos á lo sumo.

Todavía es opinion generalmente acreditada el que los enfermos *apetecen* con ánsia *bebidas frias* y *ácidas*. Cuando se lee lo que respecto del particular escriben los autores, parece que absolutamente no pueden sufrirse las demas especies de bebidas; y sin embargo es por lo menos exageradísima esta opinion, conforme nos enseña el estudio de los hechos. Esceptuando un caso en que era tan frecuente el vómito que la mas mínima cantidad de cualquier bebida insípida y tibia bastaba para determinarle, los enfermos soportaban la infusion de malvas, el agua azucarada, la disolucion del jarabe de goma, etc. Verdad es que por lo general preferian las bebidas frias, pero no por esto repugnaban estremadamente los líquidos algo calientes.

Las *náuseas* y los *vómitos* son síntomas mucho mas importantes. Las *náuseas* se presentaron en la mayoría de casos, es decir en 15 sugetos, precediendo por muchos dias á los vómitos en algunos, y alternando con estos en los demas. Frecuentísimas, por lo comun, fatigan bastante á los enfermos, y como principalmente vienen despues de la ingestion de los líquidos, son el síntoma que precisa á guardar dieta severa. De ello nos convencemos cuando se reflexiona que muy á menudo constituyen juntamente con el dolor epigástrico, en el principio y durante muchos dias, los únicos síntomas locales, y sobre todo si se considera que no hubo náuseas en ambos casos en que se conservaba algun apetito.

Nunca han faltado los *vómitos* en los enfermos cuyas observaciones he analizado, si bien es verdad que han sido muy variables en duracion y frecuencia; así es que en algunos se calmaron poco tiempo despues de haberse manifestado en el principio de la enfermedad, viniendo en su lugar simples náuseas; y en otros, por el contrario, persistieron en todo su curso, habiendo sido estos los casos mas graves.

La *frecuencia de los vómitos* he dicho que varía mucho: un sugeto, gravísimamente afectado, cuya historia he referido en otra parte (*Bull. thérap., loc. cit.*), los tuvo casi incesantemente, y en los cortos intervalos de descanso venian náuseas sumamente incómodas. En muchos mas casos apenas hay dos ó tres vómitos al dia, y entre estos dos estremos es variable el número de ellos.

En todos los casos ha llamado la atencion la *materia de los vómitos*, por contener *bilis*, al menos en cierta época de la enfermedad. Cuando al médico no le era posible ver por sí mismo ese líquido, no le dejaba ninguna duda el enfermo diciendo que habia vomitado un líquido verde ó verdoso y amarguísimo. Estos vómitos de bilis deben considerarse como uno de los caractéres mas importantes de la enfermedad, y frecuentemente tendré ocasion de ocuparme de ellos mas adelante. Ademas de los biliosos hubo otros vómitos compuestos de alimentos en los pocos individuos que no se sometieron á la dieta, y de bebidas y de algunas mucosidades en los demas.

En el *estado de la lengua* se ha mirado, como ya sabemos, un signo propio para dar á conocer la existencia de la gastritis; estado que, segun los autores, se compone del color rojo, de la forma lanceolada del órgano, y aun algunas veces tambien de un aspecto parecido al que se observa en

la escarlata. Basta echar una ojeada sobre los hechos para conocer cuán erróneo es este aserto. En efecto, únicamente en dos casos se ha presentado algo roja la lengua, y esto solamente en su circuito y sin tener de modo alguno la forma lanceolada: las mas veces estuvo ancha, húmeda y cubierta de una ligera capa blanca ó amarillenta en su centro. Claro es que á la gastritis simple, se ha atribuido el estado de la lengua que se observa en las enfermedades febriles intensas con gastritis secundaria; y que, así como Louis demuestra (*Rech. sur l' Affect. typh.*), no tiene ninguna relacion con la inflamacion del estómago. Esta reflexion es aplicable, y con mucha mas razon, á la sequedad, á la dureza como córnea, á las hendiduras y al color moreno de la lengua, síntomas que han de tenerse por signos de una lesion secundaria de las fiebres graves.

De parte del *abdómen* nada notable se encuentra, si ya no es una *constipacion* no tenaz que ha venido en los mas de los casos. Solamente tres sugetos tuvieron por muy poco tiempo algunas cámaras líquidas precedidas de cólicos bastante leves; y en dos permanecieron naturales las evacuaciones alvinas en todo el curso de la enfermedad. Vése, por tanto, que era fácil conocer el asiento de la afeccion, y que en ninguna otra parte podia colocarse mas que en el estómago. En cuanto á la *conformacion* del abdómen, nunca ofreció cosa notable ni en el epigástrio, ni en ninguno otro punto, si se esceptúa un caso en que se notaba alguna tension. Fuera de la exasperacion del dolor, la *percusion* practicada metódicamente en la region epigástrica, no ha revelado ningun signo particular.

Tales son los síntomas locales que pertenecen en propiedad á la gastritis; enfermedad á la que ha de asignarse un fenómeno acerca del cual han insistido algunos autores y en particular Broussais; pero tan raro, que en los 17 casos solamente se ha notado una vez: me refiero á una *respiracion entrecortada*, parecida á una tosecilla seca que podria llamarse *tos gástrica*. Yo he comprobado la existencia de este síntoma en un caso en que la gastritis traia tal violencia que muy rara vez se habrá observado otra igual, y hay pocos médicos que puedan decir que han visto un solo hecho parecido. Sin duda alguna que en este caso era ocasionado el desórden de la respiracion por el esceso del dolor exasperado á la vez por las contracciones del diafragma.

Hay mucha diferencia, como bien puede verse, de este fenómeno á lo que Broussais describe con el nombre de *tos*

gástrica; pero en vista de los errores contínuos de diagnóstico que dicho autor cometiera, ¿no conocen todos evidentemente que esta pretendida tos gástrica no es mas que síntoma, bien de una complicacion del catarro pulmonar, bien del estado particular en que el pulmon se encuentra en las fiebres graves?

Síntomas generales. Si no siempre traen intensidad notable los síntomas locales, no así sucede con los generales, constituyendo esto un carácter, y no de los menos notables, de la enfermedad que nos ocupa. Sabido es que los médicos de la *escuela fisiológica*, creian que estaba perfectamente demostrada la existencia de los numerosos desórdenes simpáticos ligados á la inflamacion; pues que se estudien los hechos bajo este aspecto y se verá que todavía esta opinion es únicamente el resultado de los errores de diagnóstico que tantísimas veces he tenido ocasion de notar.

La *cefalalgia*, síntoma que en la opinion de que hablo se consideraba sumamente intensísimo en todos los casos de gastritis, no se ha presentado algo notable mas que en 11 casos entre los 17, y solamente dos veces traia bastante intensidad. Aunque digno de ser notado, no tiene este síntoma toda la importancia que se ha querido atribuirle; y de otra parte hay que advertir que esta cefalalgia duró poco, y no traia consigo ni aturdimientos, ni delirio, ni estupor, ni soñolencia; en una palabra, no la acompañaba ninguno de los síntomas graves de las fiebres intensas. Tan solo dos sugetos tuvieron aturdimiento pasajero en el principio, pero nunca zumbido de oidos. En conclusion, esta cefalalgia no tuvo mas caractéres que los observados en las inflamaciones ordinarias de las membranas mucosas, y particularmente en las de la faringe, y siempre estuvo ligada al ligero movimiento febril que acompañaba á los síntomas locales, lo que no deja de ser notable.

Formas de la enfermedad. Hay que decir algunas cosas importantes acerca de las varias divisiones que se han introducido en la descripcion de la gastritis, ateniéndose á los síntomas predominantes, ó que llamarán mas particularmente la atencion de los autores. Distínguese primero una gastritis *erisipelatosa* y otra *flegmonosa*; limitada la primera, en concepto de los autores, á la membrana mucosa del estómago, estendida la segunda por las demas membranas y en especial por la celular, y produciendo algunas veces verdaderos abscesos que habian de anunciarse por síntomas en estremo graves. En vano se busca en las observaciones la prueba de

que haya existido esta última gástritis, y los autores del *Compendium* que citáran en su apoyo á Cullen (*El. de Méd. prat.*, tomo 1.°, 1819), Nauman (*Handb. der Medic. Klinik*, tomo V, 1834) y algunos otros se han visto precisados á confesar que con el nombre de *gastritis flegmonosa* se han descrito muchas afecciones mal determinadas, y en particular abscesos de diferentes órganos vecinos del estómago.

Tambien se admite la existencia de una gastritis *subaguda* y de otra *sobreaguda*; pero si es cierto que se dan casos de gastritis en que la enfermedad trae una violencia particular, como sucedió en el ejemplo que he citado, no por esto hay motivo para formar una especie distinta de gastritis; porque es enfermedad que bajo este punto de vista en nada se diferencia de las demas del mismo género. Recordemos ademas que muchos síntomas de los atribuidos por Broussais á la gastritis sobreaguda no son otra cosa que los de la fiebre tifoidea, así como lo probó este mismo médico transformando sus gastritis sobreagudas en gastro-enteritis intensas, enfermedades que á su vez fueron transformadas en verdaderas afecciones tifoideas. Inútil seria, por consiguiente que, á modo de algunos autores, consagráramos un artículo á esta forma.

Otro tanto hay que decir de la gastritis *coleriforme*, admitida por los autores del *Compendium*, quienes por lo demas se muestran reservadísimos en la descripcion, y convienen que muy á menudo no es mas que un cólera esta pretendida gastritis. La mucha frecuencia de los vómitos biliosos y mucosos, y la abundancia de las materias vomitadas, son en concepto de estos autores los principales síntomas de semejante gastritis.

Todo el mundo conoce la gastritis *causada por los venenos irritantes*; pero, como mas arriba dije, no es oportuno describirla ahora, puesto que debe formar parte de los envenenamientos, enfermedades á que han de consagrarse artículos particulares. Tampoco me ocuparé de la gastritis *adinámica*, forma de la que no se cita ni un solo caso evidente, y que ha de tenerse por una fiebre tifoidea.

Billard (*Tr. des Mal. des Enf.*, edic. 2.ª, 1833, pág. 338) describe una gastritis *foliculosa* en los recien nacidos, cuyos caractéres anatómicos cree que son folículos con el aspecto de granulacioncillas blancas, redondeadas, terminadas por un punto negruzco, y que á veces acaban por ulcerarse y desorganizarse. Este autor nos dice que durante todo el año de 1826 observó 15 casos de ulceraciones foliculosas del estó-

mago, de los que ninguno cita. Los demas autores, no solamente no hablan de esta forma de la gastritis, sino que muchos, y entre ellos Louis, no pudieron descubrir los folículos. ¿Si habrá descrito Billard con el nombre de *gastritis foliculosa* el estado mamelonado del estómago? Como al ocuparme de la gastritis ulcerosa tengo que volver á tocar este punto, le dejo por ahora.

Se ha admitido, en fin, gastritis *intermitente* y aun gastritis *de los ancianos* (Naumaun y Naegele, citados por los autores del *Compendium*). La primera no es mas que el desórden del estómago que se manifiesta en las fiebres intermitentes; y en cuanto á la segunda, nada se encuentra en las observaciones que autorice á admitirla.

En conclusion, todas esas formas diversas que se ha creido reconocer en la gastritis carecen, como vemos, de verdadera importancia. La descripcion precedente prueba que en cualquier caso en que evidentemente hubo gastritis, fueron idénticos los síntomas, si se esceptúa su intensidad, y no debe dudarse que si se ha admitido la existencia de cierto número de especies y variedades, es por haber confundido muchas enfermedades enteramente distintas. La única division admisible es la que distingue la gastritis en *primitiva* y *secundaria*: esta última, enteramente subyugada al influjo de la enfermedad principal, muy á menudo es tenaz y rebelde, por la misma razon de ser grave y persistir aquella de que proviene, y necesariamente contribuye en los casos graves á llevar los enfermos á la tumba, en tanto que la primera cede fácilmente á un tratamiento adecuado. Por lo demas, repito que no hay entre ambas diferencias sintomáticas esenciales.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Por lo general el *curso* de esta enfermedad es menos rápido que la del simple embarazo gástrico. Mas arriba vimos que en algunos casos existieron al principio síntomas algo intensos con tendencia á prolongarse. Muchos sugetos han permanecido enfermos de este modo por 15 dias sin que la afeccion hiciese grandes progresos; sucediendo así con doble razon cuando no se ha guardado dieta severa, que entonces propende á perpetuarse la enfermedad.

Como el tratamiento tiene tantísima influencia sobre los síntomas de la gastritis, hé aquí que la duracion de esta varía segun la época mas ó menos avanzada en que se use la medicacion adecuada. Sugetos vemos que han curado con

un tratamiento muy sencillo en cuatro ó cinco dias, despues de haberse llevado enfermos diez ó quince. De esto resulta que no pueden señalarse límites precisos en la duracion de la enfermedad; y cuanto puede decirse es que en los casos que he recogido no se prolongó mas allá de un mes ó mes y medio la afeccion, y que en los mas de ellos no ha pasado de quince dias.

Feliz ha sido la terminacion de la enfermedad en todos los sugetos de que se trata. Pero ¿sé inferirá de aquí que nunca puede terminar funestamente la gastritis simple primitiva? No me es dable decidir. Conténtome con probar el hecho y advertir que en ninguna de las observaciones citadas por los autores, como ejemplos de gastritis que causáran la muerte, se ha demostrado que fuese simple y primitiva la inflamacion del estómago, y que en los mas de los casos, por el contrario, era evidente que debió clasificarse entre las lesiones secundarias.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Lo que dejo dicho de la terminacion constantemente feliz de la gastritis aguda-simple, me dispensa en un todo hablar de las lesiones anatómicas. Pero como frecuentemente se ha podido examinarlas en la gastritis secundaria, que, repito, es enfermedad enteramente parecida, nos vemos autorizados á considerar comunes con las de esta gastritis las lesiones de la primitiva. Muchas ocasiones tendré, principalmente al tratar de la fiebre tifoidea, de dar á conocer las alteraciones propias de la gastritis secundaria, y así es que ahora solamente voy á enumerarlas.

Dichas alteraciones son la rubicundez, el reblandecimiento y el engrosamiento de la membrana mucosa con los diversos grados conocidos en estas lesiones. Habiendo de consagrar un artículo especial al reblandecimiento sin rubicundez y con adelgazamiento, en vez de ocuparme por ahora de esta lesion, únicamente diré, que no ha de tenerse por demostrada la existencia de la gastritis por el solo hecho de que esté simplemente roja la superficie interna del estómago. Aunque se ha dicho que la rubicundez, hija de una inflamacion verdadera, puede conocerse en que no desaparece ni por lociones, ni por maceracion, hay esperimentos, en particular los de Scoutetten, que nos han manifestado que muy bien puede desaparecer en virtud de estos medios la rubicundez verdaderamente inflamatoria. Es, pues,

particulares. Las sustancias que deben administrarse son: el *tártaro estibiado*, y la *ipecacuana* á dósis de vomitivo.

Purgantes. El estreñimiento que en esta enfermedad viene, ha inducido necesariamente á prescribir algunas veces los purgantes. En dos de las observaciones recogidas por Louis, se dice haber dado el *aceite de ricino á la dósis de dos onzas*, y los *calomelanos á la de seis á doce granos*, en otros dos casos; pero no se recurrió á este medio para combatir la constipacion persistente, hasta la época en que habian ya remitido los principales síntomas gástricos. El efecto se obtuvo en el espacio de tres dias, sin que resultase ningun accidente de parte del estómago. Vése, pues, que por ningun título hay que temer las consecuencias de un purgante ligero; pero ¿tendrán otros inconvenientes los purgantes mas violentos? Si bien es imposible decidir este punto, á causa de que faltan hechos, como no es tan tenaz la constipacion que haya de exigirlos, no se necesita ocuparnos mas de esta cuestion.

Narcóticos. En muchos casos se han prescrito tambien algunos narcóticos, como el *jarabe diacodion á la dósis de una onza*, y el *estracto de opio á la de 3/5 de grano*; y aunque los hechos que poseemos no permiten conocer el grado de eficacia de estos medicamentos, se asegura que no producen ningun efecto nocivo. Puesto que, como mas adelante veremos á propósito de la gastritis crónica, han tenido muchas veces por efecto las *lavativas laudanizadas* detener los vómitos pertinaces, se podria usarlas en la gastritis aguda, si vienen semejantes vómitos, sin temer que de otra parte resulten inconvenientes reales.

A propósito no hablo de otros muchos remedios que forman parte del tratamiento de la gastritis, tal como la comprenden los autores, porque cuando hay uno que es sencillo, y cuya eficacia es bien conocida, debemos guardarnos de complicarle agregándole medios de un valor equívoco, ó que se han aplicado á casos en que el diagnóstico era incierto. Me limitaré, pues, á añadir algunas palabras acerca de las bebidas y del régimen.

Bebidas. Como mas arriba dije, pueden administrarse *bebidas dulcificantes*, como la disolucion del jarabe de goma ó de malvabisco y la infusion azucarada de malvas, sin que siempre tenga que temerse gran repugnancia de parte de los enfermos. En el caso contrario se prescribirán algunas *bebidas ácidas*, cuales son la disolucion de jarabe de grosellas ó de cerezas, y la limonada ligera. Si los vómitos son muy fre-

cuentes, al paso que escesiva la sed, podrá recomendarse al enfermo derretir en la boca algunos pedazos de *hielo*. Por lo general se dan estas bebidas á una temperatura poco elevada, como principalmente está recomendado para cuando hay cierto grado de irritacion.

Régimen. Ya he advertido que casi siempre se someten de por sí los enfermos á una dieta severa, que si bien debe prolongarse en tanto que persistan el dolor epigástrico y los vómitos de bílis, no es por ningun título útil continuarla, segun algunos autores pretenden, mucho tiempo despues que desaparecen los accidentes principales. Vése en efecto en los casos que he reunido, que inmediatamente despues de haber cesado el dolor y los vómitos, se soportó fácilmente una alimentacion ligera, y que bien pronto se prescribieron sin inconveniente alimentos mas sustanciosos. Tampoco fueron menester mas que ocho dias para poner al enfermo casi al mismo régimen que seguia en el estado de salud.

En la gastritis hay que obrar con alguna mas prudencia que en el embarazo gástrico, y no obstante seria un gran desacierto proceder con suma severidad. Desde el primer dia de la convalecencia pueden permitirse *caldos*, *sopas claras*, *leche*; y uno ó dos dias despues, *pescados*, *gelatinas de carne*, etc., para llegar en fin muy prontamente al régimen variado que en el estado de salud se siguiera.

Resúmen y prescripciones. No puedo menos de advertir nuevamente la estremada sencillez de este tratamiento, cuya base la forman las sanguijuelas, las bebidas emolientes ó ácidas y la dieta. Basta, pues, tan solo una prescripcion, porque no se trata sino de insistir mas ó menos en estos medios, segun la gravedad de los casos.

Prescripcion.

1.º Para bebida, tisana emoliente ó ácida á una temperatura poco elevada.

2.º Quince ó veinte sanguijuelas al epigastrio; aplicacion que se renovará una ó dos veces si el caso lo exige.

3.º Una pocion con seis dracmas ó una onza de jarabe diacodion, ó bien una píldora de 1/2 grano de estracto tebáico por la noche. Lavativas opiadas contra los vómitos tenaces.

4.º Combatir con purgantes suaves el estreñimiento, despues que hayan desaparecido los accidentes gástricos principales.

5.º Dieta absoluta, y quietud en cama mientras la enfermedad esté en toda su fuerza, y alimentos ligeros muy poco tiempo despues que cesen los síntomas principales.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas; vomitivos en ciertos casos particulares; purgantes; narcóticos; bebidas emolientes ó ácidas, y régimen.

ARTICULO IV.

GASTRITIS CRÓNICA SIMPLE.

Las dificultades que vamos á encontrar en la descripcion de la gastritis crónica, son aún mucho mayores que las que se han presentado en la historia de la aguda. Si nos contentásemos con consultar los artículos generales que han escrito diversos autores, podria creerse que esta enfermedad está bastante bien conocida; pero como se quiera pedir datos á la observacion, y no valerse sino de documentos exactos y positivos, nos encontramos en la mayor perplejidad. Con el nombre de gastritis crónica se ha descrito indiferentemente, hasta estos últimos tiempos, tanto la gastralgia como el cáncer del estómago; Broussais llegó á establecer teóricamente la identidad de esta última enfermedad con la inflamacion gástrica; Andral (*Mém. sur les car. anat. de la Gastr. chron.*, Répertoire d'Anat. et de Physiol., tomo 1.º, 1826, y *Clin. méd.*, tomo 2.º), hallándose bajo el influjo de estas ideas, hizo la misma confusion, aunque sin cambiar las suyas las haya modificado completamente despues. Pero mas adelante veremos, en el artículo *Cáncer del estómago*, cuántas y qué poderosas razones se oponen á que aceptemos tales opiniones. Hénos aquí, pues, en un fecundo manantial de dificultades; porque, es menester decirlo, muy frecuentemente se ha imitado este modo inexacto de considerar la gastritis crónica.

Y no es esto todo: á complicar la cuestion han venido tambien unas investigaciones nuevas acerca de una alteracion cadavérica particular: me refiero á los esperimentos hechos por Carswell (*Journ. Hebd. de Méd.*, tomo VII, junio, 1830; *Recherches sur la Dissol. chim. ou digest. des parois de l'estomac. après la mort.*) acerca de la accion disolvente del jugo gástrico que en algunas circunstancias manifiestan los cadáveres. Estos esperimentos, que ya habian sido emprendidos por algunos autores, de quienes hablaré en uno de los artículos siguientes, se publicaron al mismo tiempo en que cierto número de observaciones parecian venir á dilucidar

definitivamente la historia de la inflamacion crónica del estómago, y á disipar las mas de las dudas. Sábese, en efecto, que el trabajo de Carswell apareció pocos años despues de publicarse la Memoria de Louis, relativamente al *adelgazamiento y al reblandecimiento de la mucosa del estómago* (*Arch. gén. de Méd.*, mayo, 1824; y *Mem. ou Rech. anat.-pathol.*, 1826); de suerte que apenas se tuvo tiempo de creer que caminábamos hácia la verdad, cuando estos nuevos esperimentos vinieron á reanimar la discusion y á aumentar nuestras incertidumbres.

Encontrando yo en semejante estado la cuestion, bien se comprenderá cuánto ha de haberme costado procurarme datos algo satisfactorios en medio de esas opiniones contradictorias, y, lo que aún es mucho mas trabajoso, en vista de hechos que tan dificilísimos son de esplicar. Recurrir quise á las observaciones, y las observaciones distan mucho de llevarnos á una conviccion bien motivada, como se concibe al ver que el mismo Louis queda en dudas acerca de este punto importante, despues de haber analizado exactísima y minuciosamente los hechos que recogió, y habiendo apreciado escrupulosamente los síntomas y las lesiones. Primero creyó que podria decidirse en favor de la naturaleza inflamatoria de la lesion que ha descrito con el nombre de *reblandecimiento con adelgazamiento*, y despues nacieron tantas dudas del exámen que hizo de cierto número de casos observados principalmente en el curso de la fiebre tifoidea, que habiendo ya presentado en su 2.ª edicion de las *Recherches sur la Phthysie* todas las razones que habláran en favor de la naturaleza inflamatoria de la enfermedad, añade (pág. 72): «Sin embargo, las muchas razones que en otra parte dejo espuestas (*Rech. anat.-path. et Thér, sur la Fiebre typhoide*. 2.ª edic., 1841, tomo 1.º, pág. 156) dan poca verosimilitud á esta interpretacion, y puede creerse que en cierto número de casos parece que el reblandecimiento y la destruccion de que se trata resultan de una accion química, cuyas condiciones aún se hallan indeterminadas.»

Me era necesario dar á conocer el estado de la ciencia para que no se me pueda imputar cierto defecto de precision que no es dable evitar. Sin embargo, al examinar los hechos voy á buscar el medio para trazar con la mayor fidelidad posible el cuadro de la enfermedad.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Util seria poder definir la gastritis crónica simple con una

descripcion abreviada de sus síntomas y lesiones principales, si, como acabamos de ver, no tuviese que mediar una discusion. Contentémonos, pues, por ahora con decir que la gastritis crónica es la inflamacion gástrica mas ó menos persistente y acompañada de síntomas por lo comun menos violentos que los de la aguda.

Esta enfermedad ha recibido los nombres de *inflamacion crónica del estómago*, *reblandecimiento*, *mamelonamiento* de la mucosa gástrica, y se describe implícitamente bajo las denominaciones de *escirro*, *cáncer*, *induracion del estómago*, *hipertrofia*, etc. No obstante, hemos de advertir que los autores han cometido un error en acomodar á la gastritis crónica estas últimas descripciones; porque de ningun modo está probado, como mas adelante veremos, que por sí misma produzca las lesiones que acabo de mencionar, la inflamacion simple del estómago, cualquiera que sea su persistencia.

Bien se conoce cuán difícil es dar idea de la *frecuencia* de la enfermedad; que antes de resolver semejante cuestion hay que decidir si el reblandecimiento blanco con adelgazamiento es ó no gastritis; y faltando este elemento para la solucion del problema, cuanto puedo decir aquí es, que la gastritis crónica, mucho mas rara aún en el estado de simplicidad que la aguda, viene principalmente en el curso de las enfermedades crónicas, y en la tísis con particularidad. Efectivamente, mas adelante veremos que en tales circunstancias es cuando despues de haberse presentado síntomas inequívocos, manifiesta la autópsia lesiones del estómago que únicamente á la inflamacion pueden referirse: tales son la rubicundez, el engrosamiento y el reblandecimiento de la membrana mucosa.

§. II.—Causas.

Si nos atenemos al dicho de diferentes autores, son numerosas las causas de la gastritis crónica. En concepto de estos, vienen primeramente cuantas se han atribuido á la gastritis aguda, que hayan obrado por mucho tiempo contínuamente, ó reproducídose con frecuencia. Broussais insistió principalmente sobre este punto; pero no ha formado una estadística con las observaciones propias para poner fuera de duda el hecho, y refiere ademas á una simple inflamacion del estómago afecciones muy diferentes, como lo son la gastralgia y el cáncer. De ello podemos convencernos leyendo lo que acerca de esta materia ha escrito, tanto en sus *Flegmasias*

crónicas, como en su *Curso de Patologia*: á su modo de ver, la accion de los irritantes, aun de los enérgicos, puede producir la gastritis crónica en un sugeto que se haya habituado poco á poco á la accion de estas sustancias, ó bien en un individuo de temperamento blando y linfático; pero estas son consideraciones hipotéticas, mas bien que consecuencias deducidas de hechos bien estudiados. Careciendo pues de datos positivos acerca de este punto, no enumero las diversas causas admitidas por los autores.

Si examinamos las observaciones recogidas por Louis, veremos que de dos sugetos que tuvieron síntomas bastante intensos, el uno fué invadido de la enfermedad despues de *escesos alcohólicos considerables*, y el otro despues de haber sufrido seis meses de *miseria profunda*; y no obstante, segun advierte el autor, hay muchas consideraciones que prueban que no se debe conceder mucho valor á estas causas. Así es que no hubo nada parecido en los demas sugetos; y en segundo lugar, el número de las mujeres afectadas de la enfermedad que ha descrito, es muy superior al de los hombres. Este último resultado está confirmado por observaciones que recaen en tísicos y en individuos afectados de fiebre tifoidea. No olvidemos, sin embargo, que Louis dá una descripcion comun para los casos en que fué realmente inflamatoria la lesion, y para aquellos en que no se sabia aún ciertamente su naturaleza (*reblandecimiento blanco*), y veremos que todavía quedan dudas respecto del influjo real de las causas de que acabo de hablar.

§. III.—Síntomas.

Al determinar cuáles son los síntomas propios de la gastritis simple crónica, es cuando principalmente se ofrecen las dificultades mayores. Para aclarar esta cuestion he querido buscar la relacion que media entre los síntomas y las lesiones en los casos mejor observados; y con este fin he examinado separadamente los hechos en que, al mismo tiempo que reblandecimiento con *adelgazamiento*, habia *color blanco azulado* (lesion que en vista de los esperimentos de Carswell ha de tenerse por puramente cadavérica), y aquellos en que ademas habia en ciertos puntos rubicundez, engrosamiento y principalmente mamelones con color ceniciento ó azulado, que ateniéndose á las consideraciones que mas adelante espondré, le tiene Louis por resultado evidente de la inflamacion crónica. Pues he encontrado, tanto en unos como en

otros, y casi en una misma proporcion, que unas veces hubo simplemente dolores en el epigastrio, acompañados de náuseas, sin vómitos de bilis ni de ninguna otra clase, y otras veces dolores epigástricos con náuseas y vómitos de bilis; síntomas que, como mas arriba vimos, caracterizan la gastritis aguda.

Me parece pues imposible en el estado actual de la ciencia distinguir en el vivo los casos de simple reblandecimiento blanco con adelgazamiento, y aquellos en que este reblandecimiento se encuentra con vestigios evidentes de inflamacion. Pero no se sigue de esto que no deban describirse los síntomas de la gastritis crónica; porque en los casos de que hablo los hubo tan evidentes que nos permiten estudiar la enfermedad. Lo que no ha de olvidarse es que estos síntomas se refieren igualmente al reblandecimiento tal como se describirá en el artículo siguiente. Por tanto le examinaremos ahora, dejando para algo mas adelante la discusion que ha de suscitar materia tan complicada.

Invasion. Así como lo advirtió Louis (*loc. cit.*, pág. 54), en un buen número de enfermos, cuando llegan los síntomas que caracterizan la enfermedad, están ya alteradas las *funciones digestivas*. Esto consiste evidentemente en que casi siempre se manifiesta la enfermedad en estado de complicacion, y en que ya participan desde tiempo indeterminado las funciones del estómago, del trastorno mas ó menos considerable de casi todas las demas funciones. Pero ya sea que estén desordenadas las funciones, ya que sobrevenga la enfermedad en un estado de salud casi completa, como en un caso citado por Louis, no varía la *invasion*. Unas veces se anuncia por la disminucion ó la pérdida total del apetito, por dolores en el epigastrio, escalofrios alternando con calor, sed, y mas tarde por náuseas y vómitos; en otras ocasiones por estos últimos síntomas, apareciendo con la anorexia la sed y la fiebre, y seguidos á veces por bastante tiempo de dolores epigástricos; no faltando casos, por último, en que á causa de la aparicion simultánea de todos estos síntomas, se declara el mal con un alto grado de intensidad.

Síntomas. Como que persisten con mas ó menos violencia cuando está confirmada la enfermedad, merecen que los examinemos sucesivamente.

El *apetito* se pierde en gran parte por todo el curso de la enfermedad, como muy á menudo sucede, ó solamente algunos dias antes de la muerte, ó con tanta irregularidad, que despues de haberse perdido completa ó casi completamente, puede reaparecer por mas ó menos tiempo. Vése,

pues, que este síntoma no tiene toda la importancia que puede suponérsele.

En cuanto á la *sed* no tiene mayor valor, pues que unas veces es intensísima, y otras, por el contrario, muy ligera en sugetos que ofrecen lesiones idénticas. El *deseo de bebidas frias* no es, así como lo ha probado Louis, general: sugetos hay que no quieren beber mas que cosas frias hallándose en circunstancias al parecer iguales á las de otros que piden bebidas tibias. No se ha notado que las unas escitasen el vómito mejor que las otras.

Las *náuseas*, síntoma importante con motivo de presentarse constantemente en la enfermedad que nos ocupa, suelen fatigar á los enfermos, y se juntan con la inapetencia mas ó menos completa.

En cuanto á los *vómitos*, son tanto menos constantes, cuanto que en 12 casos que forman la série primera de las observaciones publicadas por Louis, faltaron tres veces. Habiendo querido asegurarme de si la falta completa de vómitos pertenece mas particularmente al reblandecimiento blanco, encontré que en estos tres casos no hubo ni rubicundez de la mucosa, ni engrosamiento, ni mamelonamiento; en una palabra, ningun signo de inflamacion verdadera; pero este resultado, que parecia importante, queda destruido con la *observacion décimanona* de la Memoria de Louis; documento en que está mencionada la falta completa de los vómitos, y no obstante se encontró un mamelon muy considerable de la mucosa, con alteracion profunda del tejido submucoso correspondienté á una superficie plegada que parecia una cicatriz. De otra parte, los vómitos, bien de bilis, bien de alimentos, se manifiestan, así como mas arriba dejo dicho, en ambas lesiones.

Como quiera que sea, estos vómitos son persistentes, y vuelven en intervalos tan variables que en algunos casos vienen muchas veces al dia, al paso que en otros se presentan con mucha menos frecuencia, y en ocasiones basta para provocarlos inmediatamente tomar una cortísima cantidad de alimentos y de bebidas. Respecto de ellos nos queda por decir, que en igualdad de circunstancias parecen mas fatigosos para el enfermo los biliosos.

De *los dolores en el epigastrio*, signo importantísimo de notar, se puede decir que casi siempre se manifiestan, al ver que tan solamente faltaron en uno de los casos observados por Louis, justamente del que me ocuparé mas adelante, y que son *espontáneos* ó *provocados*, así como en la gastritis

aguda. Los primeros suelen ser vivísimos: Louis ha observado muchos casos en que eran tan fuertes que decian los enfermos que toda su enfermedad estaba en el epigastrio. Otras veces no se quejan los sugetos sino de una ligera *incomodidad* en la region epigástrica, de algunas *punzadas*, de una sensacion contínua de *barra*, ó bien acusan otras impresiones, y entre ellas la de calor mas ó menos elevado: hé aquí mas casos en que se podria creer que han de encontrarse mas particularmente los signos de una inflamacion evidente; pues el mismo Louis advierte que en estos sugetos vió simplemente reblandecida, adelgazada y pálida, ó de color de rosa mas ó menos vivo, la membrana mucosa.

Es observacion muy importante el que siempre *se han exasperado* notablemente *por la presion* estos dolores, que, segun advierte Louis, estaban en relacion con las náuseas y con los vómitos.

Es raro que los *escalofrios*, *alternando con calor*, cuya existencia hemos encontrado en la invasion de la enfermedad, se prolonguen durante todo su curso; á veces se reproducen con varios intervalos. Aunque nunca ha tomado mucha aceleracion el *pulso*, sea la que quiera, no por eso merece menos fijar nuestra atencion, puesto que distingue la afeccion de que se trata, de una simple gastralgia que, desgraciadamente para los progresos de la ciencia, se ha confundido por tanto tiempo con la gastritis crónica.

Nada nos dicen las observaciones de ese *trastorno de las funciones cerebrales* que hace ya algunos años se tenia por fenómeno inseparable de las afecciones del estómago. En las observaciones de Louis, se refiere que permaneció sin alteraciones el ejercicio de las facultades intelectuales, y el de los órganos de los sentidos, y que en ningun caso hubo *cefalalgia* que pudiera atribuirse á la afeccion gástrica.

La *fisonomía*, segun lo prueban los hechos, no presenta ninguna cosa notable hasta tanto que se sienten los dolores epigástricos, que entonces, como tambien lo advierte Louis, toman la misma espresion que en los cólicos.

No se ha observado ni *dolor* ni *quebrantamiento en los miembros* que puedan atribuirse á la existencia de la afeccion del estómago. El *estado de las fuerzas* se halla en relacion, bien con la abundancia y la frecuencia de las evacuaciones, sobre todo cuando hay cámaras abundantes, bien con la falta mas ó menos completa de alimentacion; pero muy poco influjo tiene sobre dicho estado la inflamacion del estómago por sí misma, pues que en circunstancias diferentes de las que

dejo mencionadas, han podido entregarse los enfermos á sus trabajos habituales hasta una época muy avanzada de la enfermedad.

En cuanto al *estado de la lengua*, del mismo modo que en la gastritis aguda, tampoco ofrece ese aspecto particular que se ha querido presentar como un signo propio de las afecciones del estómago. Unas veces en el estado natural, otras tan solo algo roja en la punta, con vellosidades blancas ó rosadas en el centro, siempre está húmeda la lengua á menos que sobrevenga la gastritis en el curso de otra enfermedad en que el movimiento febril influya sobre el estado de este órgano.

No he hablado de la *diarrea*, aunque se haya observado en los mas de los enfermos, y con este motivo crean algunos que era síntoma de la enfermedad, ó en otros términos, que hubo una gastro-enteritis crónica, porque el exámen de los hechos prueba que fué efecto de la enfermedad crónica principal, sobre todo de la tisis; y, lo que es mas, porque hubo, al contrario, *constipacion* en muchos casos en que la enfermedad se presentó en estado de simplicidad.

Tales son los síntomas que asignarse pueden á la gastritis crónica; pero antes de pasar adelante, importa dar algunas esplicaciones. En el mayor número de los casos que analizados tengo, vino la gastritis en estado de complicacion: y podrá inferirse que esta circunstancia modificó los síntomas, y que habrian sido diferentes si la enfermedad se hubiese ofrecido en estado de simplicidad? No es creible; porque si se examinan las pocas observaciones que se han recogido de esta última especie, se encuentra que fueron absolutamente idénticos todos los fenómenos, y con efectuarse la curacion ha quedado probado que por ningun título dependia la enfermedad de otra afeccion orgánica profunda.

Reasumiendo, pues, podemos decir que la gastritis crónica, reconocia por síntomas: pérdida mas ó menos completa del apetito, dolores epigástricos, náuseas, vómitos, bien de bilis bien de alimentos, y que entre estos fenómenos, los mas constantes fueron las náuseas y los dolores en el epigastrio.

Dánse casos, sin embargo, en que pueden faltar aún estos últimos síntomas, y entonces es verdaderamente *latente* la enfermedad. Louis cita un ejemplo notable en la *observacion diez y nueve* de su Memoria, en que se encontró mamelonamiento considerable del estómago con engrosamiento de la mucosa y secrecion de un líquido viscoso, aunque no se ob-

servó mas sintoma que una anorexia persistente; y hé aquí otra causa evidente de la vaguedad é incertidumbre en que nos hallamos acerca de los signos positivos de esta afeccion.

En la descripcion precedente me he desentendido de aquellos casos en que, segun los autores, hay, bien dolores atroces, vómitos incesantes, hematemesis y signos de caquexia, bien, por el contrario, desórdenes funcionales leves con dolores espontáneos mas ó menos vivos, pero sin el menor movimiento febril; porque estoy convencido de que tales casos, introducidos por los autores en la historia de la gastritis crónica, se refieren á úlceras, á cánceres del estómago ó á la gastralgia. De desear es que en adelante no se caiga en semejante confusion, y este será el único medio de dilucidar asunto tan importante.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Creo que relativamente á la *marcha* y á la *duracion* de la enfermedad es lo mejor dejar hablar á Louis, que bajo este punto de vista tiene analizadas sus observaciones. «Por lo general, dice, recorria la enfermedad con lentitud sus diversos períodos, duró mucho, y puede creerse que aún hubiera sido mas sin las complicaciones que existian. Se ha visto ser su duracion, de tres meses y medio en un caso, de seis en otro y de trece en el último, sin que se observase despues de la muerte diferencia proporcionada en el estado de los órganos.....

»Como todas las afecciones de curso largo, la enfermedad no tuvo una marcha aguda en su forma crónica: algunas veces parecia estacionaria ó aun propender á la curacion, y sin embargo pronto venian recaidas tras esta mejoría aparente. Un ejemplo notable de ello hemos visto en un sugeto que despues de cinco meses de enfermedad, recobra el apetito casi por otro tanto tiempo, parece entrar en convalecencia, y sin embargo marcha la afeccion no menos de seguido, bien que con lentitud, hácia una terminacion funesta.»

En cuanto á la *terminacion*, si es verdad que la tuvieron fatal los mas de los casos, se puede creer que en la mayor parte de ellos, mas bien que por la afeccion del estómago fué á causa de los progresos de la afeccion principal á quien vino á incorporarse la gastritis crónica, como otra causa mortal. La prueba está en que Louis cita tres observaciones de haberse efectuado la curacion, no obstante que los síntomas tuvieron una intensidad notable. En semejante caso remiten,

primero los vómitos, despues las náuseas, en seguida los dolores epigástricos, y vuelve, en fin, poco á poco el apetito á su estado natural.

§. V.—Diagnóstico y pronóstico.

En vez de estenderme aquí mucho acerca del diagnóstico diferencial de esta afeccion, debo dejarle para despues de la historia del *reblandecimiento blanco*, del *cáncer* y de la gastralgia. En tanto que tenemos los elementos de diagnóstico tan dificil, me contentaré con insistir acerca del valor semiológico de los síntomas, para cuyo objeto es lo preferible tomar de Louis todo cuanto del particular ha dicho, porque en sus observaciones preside un análisis exacto.

«Hemos visto, dice, que muy á menudo se desarrolló la afeccion de que se trata, en sugetos cuyo apetito y digestiones estaban alterados hacia mucho tiempo; que al principio hubo fiebre, náuseas, vómitos y anorexia mas ó menos completa; que siempre se presentaron estos síntomas acompañados, precedidos ó seguidos de dolores en el epigástrio; que nunca faltaron las náuseas ni la anorexia; habiéndose observado once veces entre doce casos la epigastralgia, etc.

» Acabamos de ver que estos síntomas persistian hasta la muerte con remisiones mas ó menos largas, y fué lenta la enfermedad en casi todos los casos; pues he observado ademas que se manifestó en el curso de las afecciones crónicas, y mas de ordinario en la tisis pulmonar, pero rara vez precediéndola.»

Por tanto, siempre que encontremos los síntomas mencionados en personas que padecen afecciones crónicas y que por mucho tiempo hayan tenido digestiones difíciles, con disminucion del apetito, debemos sospechar la existencia del reblandecimiento con adelgazamiento de la membrana mucosa del estómago (1), si traen ya alguna fecha, como de veinte dias, un mes ó seis semanas. En los casos de venir estos síntomas sin precederles desórdenes en las funciones digestivas, sin disminucion mas ó menos antigua del apetito, y en sugetos exentos de enfermedades crónicas, serán indudablemente menos fundadas tales sospechas. Sin embargo, como dichas suposiciones se encuentran en parte reunidas en los

(1) No olvidemos que la descripcion de este reblandecimiento se confunde con la de la gastritis crónica simple.

sugetos de las observacienes VII, X y XI, creemos que si hubiesen durado seis semanas ó dos meses los síntomas espuestos, podríamos estar casi seguros respecto á la existencia de la enfermedad.

«En los casos en que estos síntomas, sean poco pronunciados, y si únicamente hay náuseas sin vómito, una simple incomodidad ó un dolor obtuso en el epigastrio, y sobre todo si progresase con lentitud la demacracion y conserva sus fuerzas el enfermo, necesariamente será incierto el diagnóstico; porque podria creerse que se trata de un *cáncer del estómago* que marcha muy crónicamente, y la falta de un tumor muy perceptible en el epigastrio, está lejos de poder disipar todas las dudas.

»De otra parte, no pretendo que haya mas síntomas que los que dejo mencionados, ni que por ellos solos se pueda fundar el diagnóstico de la enfermedad: nuestras conclusiones únicamente son la espresion de los hechos que he observado, y no dudo que por observaciones nuevas se descubran otros signos, ó se modifiquen de cualquier modo los que acabamos de esponer. Recordémonos, en fin, de que algunas veces es latente la enfermedad, y faltando los sintomas no puede absolutamente formarse el diagnóstico.»

Pronóstico. Que la enfermedad no tiene en sí un grado de gravedad estremado, lo prueban los casos de curacion citados mas arriba. Verdad es que de ordinario vienen, como he dicho, á incorporarse las lesiones de la enfermedad preexistente para apresurar la muerte, mas por sí misma no la trae. Por tanto, en el caso de atacar á sugetos cuya salud no esté ya alterada, se debe tener la mayor esperanza de que termine favorablemente.

§. VI.—Tratamiento.

Del tratamiento de la gastritis crónica, me ocuparé no menos detalladamente que lo hice en el artículo consagrado á la gastritis aguda; porque ¿cómo he de ir á tomar de los autores medicaciones, cuando consta que no las han aplicado positivamente á la enfermedad de que se trata? Revisemos, pues, rápidamente los principales medios usados.

Emisiones sanguíneas. Tendria que repetir aquí lo que he dicho al tratar de la gastritis aguda, y así es que me limito á advertir que tan solamente hay que recurrir en la gastritis crónica á las emisiones sanguíneas, en el caso de que, adquiriendo los síntomas cierto grado de intensidad, se parezcan

á los de la aguda. En un caso de este género desaparecieron súbitamente los dolores mediante *sanguijuelas* aplicadas al epigastrio (Louis); resultado bastante importante para que no nos olvidemos de este medio. Louis, sin embargo, hace la advertencia siguiente á propósito de este caso: «con todo, observemos que relativamente al tratamiento de la primera época, se emplearon con bastante profusion en un enfermo nuestro los antiflogísticos en este mismo período, sin impedir que marchase como en los demas casos la lesion de la membrana mucosa del estómago.»

Vejigatorios y otros tópicos irritantes. Como que algunas veces han interrumpido los vejigatorios con mucha rapidez vómitos tenaces, se ha propuesto recurrir á ellos en la gastritis crónica. Pero, ¿cuando tuvieron buenos resultados, se trataba de una verdadera inflamacion? hé aquí lo que no puede decirse. En vista de esto, y de que en algunos casos observados por Louis fué infructuosa su aplicacion, no deberá concedérseles sino una confianza limitada, y oponerles principalmente á los dolores y á los vómitos. Las mismas reflexiones son aplicables al uso de los *sinapismos*, de las fricciones con el *aceite de crotontiglium*, de los emplastos espolvoreados con el *emético*, y de la *pomada de Autenrieth*. Por lo demas, está sin probar que estos medios tengan los inconvenientes graves que Broussais les atribuye, cuando se usan en caso de no haber ó ser ligero el movimiento febril.

Narcóticos. Estos medios, que generalmente se emplean para calmar los dolores y cortar los vómitos, forman parte del *tratamiento paliativo*, que puede hacer mas llevaderos en el principio los síntomas, pero que, segun advierte Louis, es infructuoso cuando la enfermedad está adelantada. Se prescribirá á la *dósis de* 1/2 *ó* 1 *grano* el *extracto de opio*, de *datura*, de *beleño*, ó, mejor aún, se pondrán *lavativas de agua de malvas á que se añadan diez ó doce gotas de láudano de Sydenham*. Se aplicarán ademas á la region epigástrica *cataplasmas muy laudanizadas*.

Antivomitivos. La frecuencia y la persistencia de los vómitos pueden precisar á que se prescriban la *pocion de Riverio*, *el agua de Seltz* ó cualquier otro anti-emético; pero si el síntoma procede de haberse exasperado la inflamacion crónica, hay por lo general que usar con parsimonia estos medios.

Vomitivos. Aunque parece que los vomitivos deben exasperar considerablemente los síntomas en esta enfermedad, se advierte sin embargo en muchas observaciones de Louis, que

de ningun modo produjeron este efecto; pero como de otra parte no procuraron mejoría notable, debemos no usarlos fuera de ciertas circunstancias particulares, y renunciar prontamente á ellos, si despues de haberlos administrado se observa recargo sensible en los síntomas.

Purgantes. Ya hemos visto que en los mas de los casos en que la gastritis crónica viene á complicarse con otra afeccion, se presenta una diarrea que es síntoma de esta, y que evidentemente no cede á los purgantes. Pero la constipacion puede manifestarse en los casos simples, y hay que combatirla como en la gastritis aguda, con purgantes suaves, sin temer esos efectos desastrosos que hace algunos años tanto imponian.

Bebidas y régimen. Todo cuanto he dicho al ocuparme de la gastritis aguda es aplicable al tratamiento de la crónica, y por tanto serian repeticiones inútiles tocar de nuevo este punto.

Otros varios medios propuestos por los autores. No sé qué decir de todos esos medios preconizados por los autores, ó sea del agua de *Vicyh*, de los *ferruginosos*, del *subnitrato de bismuto*, de los *baños frios*, de las *afusiones*, de los baños de mar, del *ejercicio*, etc., porque parece evidente que al recomendarlos, mas se ha pensado en el tratamiento de la gastralgia que en el de la gastritis crónica. Así es que dejamos para uno de los artículos siguientes lo que acerca de esto tenemos que decir, y terminamos aquí, pues serian inútiles resúmen y prescripciones, la historia de este tratamiento, que pide para su dilucidacion nuevas observaciones.

ARTICULO V.

REBLANDECIMIENTO BLANCO, CON ADELGAZAMIENTO DE LA MUCOSA GASTRICA.

Mas arriba espuse las razones que me obligan á consagrar un artículo especial á esta lesion, descrita por muchos autores y que muy particularmente ha llamado la atencion en estos últimos años; artículo que mas bien debe consistir en una discusion crítica que en la esposicion metódica de la enfermedad. En efecto, ya hemos visto que de cualquier modo que se consideren las observaciones, es imposible llegar á determinar los síntomas, ó, mejor dicho, á distinguir los que pertenecen en propiedad al simple reblandecimiento. Y ¿es de inferir que la lesion de que tratamos pertenece á la gastritis y en parti-

cular á la crónica? Hé aquí precisamente la cuestion que se trata de examinar.

En una Memoria leida en 1772 á la Sociedad Real de Londres dice Hunter, que un buen número de cadáveres le habia presentado una alteracion que atribuyó á la digestion del estómago por el jugo gástrico. Habiendo observado este célebre autor la lesion de que se trata en hombres que murieron súbitamente, ó en animales que se mataron á fin de hacer esperimentos, no se salia del terreno de la anatomía patológica, y asi es que en su concepto es evidente que las alteraciones del estómago se desarrollaron despues de la muerte. De la traduccion que Carswell hizo de este pasaje en la Memoria que algo mas adelante tendré que citar muy á menudo, me valgo para ver cómo se espresa dicho Hunter relativamente al estado del órgano:

«Hay pocos cadáveres, dice Hunter, en que no se encuentre mas ó menos digerido el gran fondo del estómago; lesion, cuyos diferentes grados puede fácilmente seguir el que esté acostumbrado á inspeccionar este órgano. Para comprobar semejante estado, no hay mas que comparar la superficie interna del gran fondo del estómago, con cualquiera otra parte de la misma superficie. Las partes sanas estan blandas, esponjosas, granulosas, sin vascularidad perceptible, opacas y gruesas, al paso que lisas, delgadas y mas trasparentes las demas partes; en estas se ramifican vasos, y cuando se hace pasar la sangre que contienen los troncos gruesos á los mas pequeños, sale por sus estremidades digeridas, y aparece en la superficie interna del estómago en forma de gotitas.»

Tambien describe Hunter *perforaciones* grandes que resultan de esta digestion de las paredes del estómago cuando llega á su mayor grado. Segun Carswell, Spallanzani comprobó en los pescados la exactitud de las opiniones emitidas por Hunter, así como Aellan Burns, en una Memoria acerca de la digestion del estómago despues de la muerte; autor que, como advierte Carswell, notó además la perforacion del estómago por el jugo gástrico en individuos estenuados á consecuencia de enfermedades largas.

Jaeger (*Ueber die Erweichung des Magengrundes*; Hufeland 's Journal, 1811 y 1813), para comprobar la existencia de estos hechos, trató de esplicarlos por una accion del sistema nervioso, que cambiando la secrecion del tubo intestinal y su reaccion sobre las materias que contiene, da lugar á la formacion de mucha mayor cantidad de ácido acético, y

á la disolucion gelatiniforme de la mucosa estomacal.

Algo análoga á la de Jaeger es la esplicacion de Chaussier (*Bull. des Sc. méd. du dép. de l' Eure*, n.º 53), si bien es verdad que en su concepto, en vez de ser un desórden nervioso la causa que produce la superabundancia de ácido, es una irritacion primitiva y especial de las túnicas del estómago. Enteramente teóricas son las opiniones de Lainé (*Consid. méd.-leg. sur les érosions et les perf. spont. de l' estomac*, *Tesis*, Paris, 1819) y de Morin (1806); porque el primero atribuye la lesion á una accion morbosa erosiva, y el segundo á una alteracion de nutricion. En cuanto á Camerer (*Diss. inaug.*, Stuttgard, 1818) á Wilson Philipp y al doctor Gardner (*Trans. med. chir. of Edimb.*, tomo 1.º), no han hecho mas que repetir los esperimentos que ya se habian efectuado respecto de la accion disolvente del jugo gástrico despues de la muerte.

Se vé que los autores precedentes solo han atendido á lo que se efectúa en los cadáveres y á la disposicion particular que durante la vida favorece la produccion de esta afeccion cadavérica. Louis (*du Ramoll. avec aninc. et de la destr. de la membr. muq. de l' estomac.* Arch. gén. de Méd., 1824, y *Mem. ou Rech. anat path.* Paris, 1826) tuvo ocasion de observar una lesion particular en sugetos que durante su vida presentaron síntomas graves de parte del estómago. Esta memoria, que he citado muchas veces al tratar de la gastritis crónica, dilata por consiguiente la cuestion mas allá de los límites que hasta entonces se le habian puesto. Sin embargo, Billard advierte que Roederer y Wagler mencionaron esta lesion, y hé aquí la cita que hace: «La túnica vellosa del estómago estaba inflamada hácia la corvadura menor y el gran fondo; y hácia la corvadura mayor se veia mas azulada gradualmente y con manchas blancas debajo. En estos puntos estaban adelgazadas las membranas.» Bien se advierte la diferencia que hay entre estas pocas palabras y la descripcion tan exacta que Louis nos da de los síntomas y de la lesion.

Como mas arriba he dicho, los hechos citados por Louis hacen que consideremos bajo un punto de vista nuevo esta alteracion, que solo la habian examinado en el cadáver los autores precedentes, cuando Carswell suscitó dudas en una Memoria llena de interés, acerca de la naturaleza patológica del reblandecimiento de que se trata, sirviéndose en sus bien conocidos esperimentos de animales que mataba en el acto de la digestion.

Importaba dar á conocer el estado de la ciencia antes de

entrar en la discusion que sigue, y así lo hago, no con la pretension de presentar una historia completa, sino únicamente para establecer los puntos principales cuyo exámen es de utilidad. Veamos ahora el juicio que debemos formar de esta lesion que ha dado orígen á tantas opiniones diversas, y principiemos por presentar una descripcion exacta de ella, á fin de conocer bien lo que va á tratarse. Hé aquí en primer lugar la que nos da Louis (*loc. cit.*, pág. 48):

«El estómago tenia dimensiones variables; al paso que retraido en muchos sugetos, se presentaba voluminoso en otros; y rara vez se nos ofreció con la capacidad que parece natural.

»En tanto que nada notable habia al esterior, presentó en el interior y en una parte variable de su superficie, un color blanco pálido, ordinariamente azulado, contínuo ó en forma de bandas largas y estrechas, ó en chapas mas ó menos próximas é irregularmente redondeadas. A primera vista choca ese aspecto azulado, y las partes en que residia aún se hacian notables por una diferencia de nivel con las partes circunyacentes, tan perceptible al tacto como á la vista. Pero mientras que en los casos de ulceraciones de la membrana mucosa estan cortados limpia y perpendicularmente los bordes de la úlcera, únicamente se observa aquí una depresion muy marcada en el punto de contacto de la porcion de membrana que ofrecia el referido aspecto y de la que la rodeaba.

»En los puntos correspondientes á la lesion estaba pálida la membrana mucosa, con una tenuidad y una blandura estremadas, trasformada en una especie de moco viscoso, semi-trasparente, y con el grosor de la mucosa del colon, algunas veces no con tanto; de modo que si se hubiese puesto la mayor atencion se hubiera podido creer en muchos casos que estaba completamente destruida la mucosa gástrica, y del todo al descubierto la túnica celular: bien es verdad que algunas veces habia tal destruccion en un espacio pequeño, y mas raramente en uno bastante estenso. Los vasos que serpean por la superficie del tejido submucoso estaban muy perceptibles, anchos y vacíos; y cuando contenia el estómago mucosidades, no era ni en la parte en que estaba destruida la membrana mucosa, ni en los que sufrieron la transformacion mencionada.

»En vez de presentar la membrana mucosa el color blanquecino y azulado de que acabamos de hablar, estaba algunas veces blanca, pálida y opaca, ó aun gris. Tambien se encon-

tró algunas veces mezclado con manchas rojizas ó negruzcas, el color blanquecino ó azulado, y esto parece indicar que el color no era carácter esencial de la lesion.

»Cuando esta lesion se presentaba bajo la forma de fajas largas y estrechas, estaba repartida casi uniformemente por toda la superficie del estómago. Al contrario, si afectaba una superficie continua, ocupaba la estremidad mayor del ventrículo, y limitándose rara vez al gran fondo solia llegar al mismo tiempo cerca del píloro y del cardias.

»Fuera de estas dos escepciones, siempre se encontró sano y con la resistencia regular el tejido submucoso; porque si bien en ciertos casos le hemos visto mas denso que de ordinario, no nos parece, sin embargo, bastante confirmada esta diferencia para afirmar nada respecto de este punto. La membrana muscular estaba reblandecida en las mismas circunstancias que la submucosa.

»Algunas veces se encontraron en un mismo sugeto, el adelgazamiento con poco reblandecimiento, adelgazada á la par que muy reblandecida la membrana mucosa, su destruccion, la de los tejidos del estómago en cierto espacio, á escepcion de la túnica peritoneal, y representaban la marcha de la naturaleza en las perforaciones del estómago.

»A mas de la lesion que acabamos de describir, ofrecia la membrana mucosa del estómago en el resto de su estension, particularidades que importa dar á conocer. En 4 casos la hemos encontrado color de rosa bajo ó mas ó menos subido, y algo agrisado en otros 2; color que algunas veces era en estremo vivo cerca de los puntos en que la mucosa se hallaba descolorida, reblandecida, adelgazada, y en la parte de membrana que ocupára, habia adelgazamiento y casi tanto reblandecimiento como en la porcion descolorida con que se continuaba. En muchos casos estuvo desigual, mamelonada ó granulosa la superficie de la mucosa, lesion con la que algunas veces coincidian ulceraciones mas ó menos profundas.»

He creido de mi deber copiar todo este pasaje, porque es el mejor punto de comparacion que puede encontrarse para examinar la Memoria de Carswell. Lo mas notable que hay en la descripcion que precede, es el adelgazamiento de la mucosa, su escesivo reblandecimiento, su destruccion en algunos puntos, el color blanco azulado en las porciones alteradas, la forma en fajas que suele tomar esta lesion, y el color de rosa ó rojo subido, el mamelonamiento las ulceraciones que á los alrededores se observan. Veamos ahora lo

que Carswell ha encontrado en animales muertos durante el acto de la digestion.

Habiendo dado este autor muerte repentina á algunos conejos, despues de hacerles de comer en abundancia, vió la parte mas declive del estómago reblandecida á mayor ó menor profundidad, segun que habia sido mas ó menos fuerte la accion de los líquidos que contenia. Así es que, partiendo de un punto en que se encontraban una ó muchas perforaciones con paso para la materia quimosa, se veia en los alrededores una erosion ó destruccion de la membrana muscular y la mucosa, y mas allá solamente reblandecida esta última. Las partes alteradas de este modo presentaban el color blanco matizado de azul, y la semi-trasparencia que hemos notado en las observaciones de Louis. Para hacer comprender Carswell la diferencia que hay de este reblandecimiento cadavérico al patológico, se vale de la siguiente comparacion: al primero, dice, se puede compararle á la fécula hervida en agua, y á la únicamente desleida el segundo. Tambien ha observado este esperimentador que los vasos de las indemnizaciones tenian un color moreno negruzco muy perceptible, lo que atribuye á la accion del jugo gástrico sobre la sangre, y que los órganos próximos al estómago y con los que se ponia en contacto el líquido, saliendo por la perforacion de este, presentaban asimismo un reblandecimiento parecido; pero que en ningun caso hubo vestigios de peritonitis violenta que pudiesen hacer creer que el líquido se derramó durante la vida. De sus esperimentos concluye:

«1.° Que el reblandecimiento, la erosion y la perforacion del estómago pueden efectuarse, y muchas veces se efectúan, despues de la muerte en animales que se maten durante el trabajo de la digestion;

»2.° Que estas lesiones reconocen por causa el jugo gástrico, y la secrecion normal del estómago;

»3.° Que las propiedades de este líquido, en un estómago que haya sufrido cualquiera de estas lesiones ó todas á la vez, no difieren de las que tiene el de un estómago sano y viviente, mientras la digestion de los alimentos;

»4.° Que en ambos casos es la acidez un carácter fijo y esencial de este líquido, y tiene por resultado indefectible la disolucion, tanto de las paredes del estómago como de los alimentos; esto es, un efecto puramente químico;

»5.° Que tambien se efectúan en otros órganos, tales como el hígado, el bazo, los intestinos, el diafragma, el peritoneo y las pleuras, el reblandecimiento, la erosion y la perforacion;

»6.° Que en todos estos casos el agente químico que produce dichas lesiones es el jugo gástrico, cuya accion es determinada por la posicion, la gravedad y la imbibicion;

»7.° Que no solo se manifiestan en el animal inanimado los efectos que resultan de la accion del jugo gástrico, si que se desarrollan con mucha prontitud y tan perfectamente en órganos muertos en que se haya introducido este líquido, despues de sacárselos al animal;

»8.° Que todas las lesiones observadas en los conejos, sean reblandecimiento, erosion ó perforacion, han resultado despues de la muerte;

»9.° Que el jugo gástrico no ejerce accion disolvente en los tejidos vivos.»

Refiero estas conclusiones de Carswell para que se conozca el punto de que parte para combatir la opinion de los que miran el reblandecimiento con adelgazamiento como una lesion que puede efectuarse durante la vida. Y á la verdad ellas se deducen de sus esperimentos, aunque en la parte primera de su Memoria no se encuentran razones bastante convincentes para que admitamos con él, que el jugo gástrico carece de accion disolvente durante la vida. Pero como esta es una opinion fisiológica admitida generalmente, pasamos á examinar de qué modo trata de demostrar Carswell que en los casos analizados mas arriba era una lesion puramente cadavérica el reblandecimiento.

Fúndase primero en la identidad de las lesiones; pues ya veremos que en cierto número de casos no la hubo. En los animales sometidos á los esperimentos no se encuentra el color de rosa ó rojo vivo, ni el mamelonamiento de la mucosa, siendo precisamente estas las lesiones, á que sigue el reblandecimiento, que mas han llamado la atencion de Louis, y que dieron lugar á que tuviese esta alteracion por un resultado de la inflamacion. En vano quiere Carswell asemejar estas coloraciones particulares á las que ha observado y son procedentes de la accion del jugo gástrico sobre el líquido contenido en los vasos: tal comparacion es defectuosa, pues como advierte Louis, los vasos próximos á esta lesion estaban dilatados y vacíos. Resulta pues que hay diferencia entre los hechos observados en hombres que han sucumbido despues de una enfermedad mas ó menos larga, y lo que se ha notado en los animales sacrificados á los esperimentos.

En cuanto á la forma en fajas que suele presentar el reblandecimiento, Carswell la esplica por una retraccion del

estómago de que resultan pliegues muy pronunciados á los que no puede atacar el ácido gástrico, mas que en su parte mas saliente. No obstante que satisface esta esplicacion, seria bueno examinar de nuevo los hechos bajo este aspecto.

Hasta ahora hemos visto que hay en favor de cada una de dichas opiniones contradictorias, razones cuyo valor es difícil de apreciar rigurosamente; pero quedan todavía los síntomas, y este punto es importantísimo. Conociendo Carswell cuán poderosa es tal objecion, se dedica particularmente á combatirla. Hé aquí cómo se espresa (*loc. cit.*, pág. 538): «Pero ¿qué juicio formaremos de ese desórden funcional del estómago que muchas veces precede á las lesiones orgánicas de que se trata y que se encuentran en este órgano despues de la muerte? En él no podemos ver, á la verdad, mas que fenómenos que revelan un estado morboso del órgano digestivo; mas como nuestros esperimentos nos enseñan que debe desecharse toda esplicacion que se dé de los fenómenos, fundándose en estas lesiones, únicamente nos es dado tenerles por producto de un estado patológico del estómago poco grave en sí, sintomático de desórdenes mas profundos de otros órganos, de otros sistemas ó de toda la economía. Es digno de observacion que la frecuencia ó la gravedad de las lesiones de que hablamos, coinciden con alteraciones notables de la nutricion, que por la relacion íntima que hay entre esta funcion y las del estómago deben producir en ellas modificaciones correspondientes. De aquí es que principalmente en los niños y despues en las paridas son mas frecuentes y mas estensas estas lesiones: en los primeros, el desarrollo ó la nutricion progresiva de los órganos exige digestiones activas y casi continuas; en las segundas, tiene que suplir la misma funcion una nutricion doble, la de la madre y la del hijo. Quizá existan las mismas relaciones funcionales en los tísicos y en los escrofulosos, enfermos en que no son raras dichas lesiones. Pero cualquiera que sea la importancia que se conceda á esta esplicacion de la frecuencia y de la gravedad de estas lesiones en los individuos de que acabamos de hablar, no es dable erigir en principio, que en último análisis únicamente pueden depender de una disposicion del estómago que favorece la secrecion del jugo gástrico.»

Yo no creo que sea del todo satisfactoria semejante esplicacion; porque precisamente lo que Carswell sienta como principio, esto es, que la lesion de que se trata no puede ser mas que un efecto cadavérico, y no puede por tanto desarrollar ningun síntoma durante la vida, es lo que necesita de

demostracion por otros hechos diferentes de los esperimentos ejecutados en animales llenos de salud. Si con producir artificialmente en ellos una flegmasia del estómago se pudiera probar que por mucho que dure la enfermedad no termina nunca por reblandecimiento blanco, á menos que el líquido gástrico se haya dejado en contacto despues de la muerte con el órgano, se llegaría á una conclusion mas sólida; pero todavía no se ha emprendido esta prueba. En cuanto á ese estado de sufrimiento mal definido á que Carswell atribuye todos los síntomas gástricos observados durante enfermedades largas, se ve que es una idea puramente hipotética de que por necesidad se ha valido el autor para esplicar los hechos.

Hay tambien otras consideraciones que se oponen á que nos conformemos del todo con el parecer de Carswell, al menos en lo concerniente á cierto número de hechos. La primera está en que no siempre hay derecho de inferir rigurosamente de los esperimentos ejecutados en los animales, lo que pasa en el género humano. La segunda es, que en algunos casos no tiene accion el jugo gástrico, aunque haya llegado la muerte en el acto de la digestion; lo que unido á lo constante que ha sido en los animales la lesion descrita por Carswell, parece probar que en el hombre exige circunstancias particulares para su desarrollo.

¿Y qué inferiremos ahora de cuanto queda dicho? Espuestas vienen las numerosas dificultades que se oponen á la solucion de esta cuestion delicada. Pero si me fuese permitido emitir mi dictámen, yo diria que resulta de los esperimentos de Carswell, que la accion del jugo gástrico constituye muchas veces despues de la muerte una complicacion que es difícil de apreciar en el exámen cadavérico del estómago; que á pesar de esto hay en cierto número de casos signos de inflamacion que no se pueden desconocer, y por último, que es dable que esta misma inflamacion favorezca el reblandecimiento cadavérico en las partes que ocupa, no solamente modificando la composicion del líquido gástrico, si que tornando tambien el órgano mas sensible á la accion de este líquido. No se me oculta, no, el vacío que aún deja esta esplicacion; pero la identidad que respecto de los síntomas hay entre los casos evidentes de inflamacion, y los de simple reblandecimiento, hace que sea la única admisible, hasta que vengan otras observaciones á dilucidar definitivamente esta materia (1).

(1) *Véase* acerca de este particular lo que digo en el artículo *Gastritis crónica simple.*

Bien se podria dar la descripcion sintomática del reblandecimiento blanco con adelgazamiento de la mucosa gástrica, si, diferenciándose en algo de la que he dado de la gastritis crónica, no fuese inútil repetirla, ó por mejor decir si segun creo no resultase de la discusion precedente, que relativamente á los síntomas no se confunde dicho reblandecimiento con la gastritis crónica, enfermedad de que por lo comun es un resultado patológico ó cadavérico. Y hay á mayor abundamiento otra prueba de esto, en que, esceptuados los casos de ser latente la afeccion que nos ocupa, lo mismo se encuentra el reblandecimiento blanco que el rojo y francamente inflamatorio en las enfermedades que causan la muerte y no traen los síntomas de que se trata.

Hé aquí cómo se conciben ya las razones que me han hecho entrar en esta discusion. A la verdad, no es indiferente para el práctico considerar en el reblandecimiento un efecto puramente cadavérico, y quitarle todos los síntomas para atribuirlos únicamente á un simple estado de sufrimiento del estómago ó bien tenerlos por la espresion de una lesion profunda del órgano; porque en el primer caso ó habria indudablemente que dejarse de todo tratamiento local, ó se usarian medios muy diversos de los que se pondrian en práctica adhiriéndonos á la otra opinion.

Habiendo admitido que el reblandecimiento con adelgazamiento del estómago nace en las mismas circunstancias que la gastritis crónica, es enteramente inútil hablar del tratamiento de dicha alteracion, puesto que ha de oponérsele el mismo que á esta flegmasia. Por desgracia sucede muchas veces que es demasiado profunda la lesion para poder esperar buen resultado de medicacion alguna. Con todo, no olvidemos las observaciones de curacion que Louis refiere.

ARTICULO VI.

REBLANDECIMIENTO GELATINIFORME DEL ESTÓMAGO.

Ahora se nos presenta otra alteracion cuyo valor es tambien difícil de apreciar. Verdad es que encontraremos descritos en los autores sus caractéres y sus síntomas; pero en muchos puntos, y principalmente al determinar la naturaleza de la enfermedad, hemos de quedarnos parados.

Cruveilhier (*Méd. éclairée par l'Anat. pathol.*, París, 1821; y *Anat. pathol.*, lib. 9) es el primero que describe este reblandecimiento, observado, segun dice, por él, bajo

forma epidémica en las provincias y despues en París. No solamente estudió este autor la lesion y los síntomas que ella produce, si que buscó tambien sus causas, y espone su tratamiento.

Billard (*Trat. des Mal. des Enfans*; enfermedades del aparato digestivo; reblandecimiento gelatiniforme) cita algunas observaciones de reblandecimiento muy adelantado, y traza una descripcion general que no difiere mucho de la de Cruveilhier. Pocos autores se han ocupado con especialidad de este reblandecimiento (1). De mí sé decir, que en los tres años de permanencia en los niños espósitos, no he encontrado ni un solo ejemplo confirmado, como tampoco Louis en los adultos, no obstante que examinó el estómago en tantas enfermedades diferentes; y esto prueba que si no es rarísima esta enfermedad, no se manifiesta al menos indiferentemente en cualquier circuntancia. Por lo demas, estas son cuestiones de que volveré á ocuparme mas adelante.

Causas. Dícenos Cruveilhier que primeramente se le ofreció bajo *forma epidémica* la enfermedad, y que reinó durante los *calores mas vivos del estío*: no está, en su concepto, demostrada la influencia de la erupcion de los dientes, ni la de la presencia de *lombrices en el tubo digestivo*; y concede, por el contrario, mucha importancia á ciertas *afecciones febriles*, y sobre todo á las *cutáneas*, como la *escarlata* y las *viruelas*.

Tales son las principales circunstancias en que, segun este autor, viene el reblandecimiento gelatiniforme. En cuanto á las causas que favorecen su produccion, son las que irritan violentamente el estómago, y en particular los *amargos* y los *purgantes violentos*.

Lo muy difícil que es discutir el valor de estas diferentes causas, se deduce de que aun ignoramos cuál sea la de las mismas lesiones. Solamente voy á hacer una advertencia: en las observaciones que conocemos, siempre se manifestó este reblandecimiento como lesion secundaria; en los sugetos observados por Billard aparecieron los síntomas gástricos en el curso del *muguet*; Cruveilhier ha encontrado la enfermedad,

---

(1) No ignoro que en Alemania se han publicado acerca de esta materia bastantes trabajos, entre los que principalmente conocemos la Memoria de Iselin de Mullheim, traducida en los *Archives de Médicine* (junio 1840); pero como en ellos se confunden muchos estados diferentes, resultan mas inconvenientes que ventajas en servirse de ellas.

así como hemos visto, en el curso de otras afecciones; y yo mismo no he visto ningun reblandecimiento que se pareciese en algo al que nos ocupa sino en un caso de muguet intenso. Por consiguiente, el reblandecimiento gelatiniforme, bajo este aspecto, no se diferencia sensiblemente del que dejamos descrito en el artículo anterior.

Síntomas. Siendo Billard y Cruveilhier quienes con mas esmero describen los síntomas de esta afeccion, tomamos de ellos la descripcion siguiente:

Segun Cruveilhier hay un *primer período*, durante el cual se desarrollan los fenómenos cuya copia presento: altérase la digestion; el niño es acometido de una diarrea que aumenta rápidamente; enflaquece de un modo notable, y se torna descontentadizo, caprichoso y triste; quiere estar colgado siempre al pecho, si mama todavía; no llega á los alimentos que mas le agradaban, y tiene *sed* muy viva, como se conoce por el ansia con que coge el vaso que se le dá. Este período primero puede durar diez y ocho dias hasta dos meses, y, segun dice el autor, de tal modo se parecen á otras enfermedades poco peligrosas la diarrea y sus síntomas concomitentes, que es menester estar prevenido para no equivocarse.

El *segundo período* es el único en que fija su atencion Billard, y le describe de este modo: Por lo comun principia la enfermedad por los síntomas de una gastritis violenta, ó sea por la *tension del epigastrio*, region que *duele* al tocarla, y por *vómitos*, no solamente de leche y de bebidas, si que tambien de materias amarillas ó verdes; vómitos que vienen á cada momento, inmediatamente ó mucho tiempo despues de haber tomado el niño cualquier cosa sólida ó líquida.

Tocante á estos síntomas hace notar Cruveilhier, que la afeccion del estómago puede tambien principiar por *náuseas* que precedan á *vómitos contínuos*, y que hay además una *tos seca con regurgitacion*, lo mismo que el coqueluche.

Suele haber, añade Billard, *diarrea*, que es un síntoma variable, segun los sugetos, y que reaparece habiéndose suspendido por uno ó dos dias. Muy á menudo son verdes, como las de los vómitos, las *materias* de los cursos.

Insistiendo Cruveilhier sobre este color verde de las deyecciones albinas, dice, ser verdes y *parecidas á yerba picada*, y exhalan un *olor pútrido*. Pero continuemos la descripcion que hace Billard:

La *piel*, dice este autor, está fria en las estremidades; el *pulso*, irregular por lo comun, presenta pocos caractéres constantes; la fisonomía espresa de por sí dolor, y la *cara*

está arrugada, como si gritase el niño; son trabajosos sus *gritos*, entrecortada la *respiracion*, y hay tal *agitacion* general que cualquiera creeria en una afeccion cerebral.

A estos sintomas primeros sucede un estado general de *postracion* y de *insensibilidad*, del que sacan de tiempo en tiempo al niño algunos retoques de dolor, volviendo entonces la agitacion que se manifestára al principio de la dolencia. En fin, pasadas seis, ocho, ó quince horas, y algunas veces mucho mas tiempo, sucumbe el enfermo, agotado por el *insomnio*, los vómitos contínuos y el dolor, sin que apenas se manifieste algo de fiebre en medio de este desórden, cuando son muy tiernos los niños. En caso de ser crónica la enfermedad, marchan con mas lentitud los accidentes.

Además de haber insistido Cruveilhier sobre los mas de estos síntomas, y principalmente respecto de la mucha agitacion de los enfermos, menciona tambien el *rechinamiento de dientes*, el estado de los *ojos*, que se hallan á medio cerrar y vueltos hácia arriba, ó, como algunas veces sucede, muy abiertos é inmóviles; la espresion *cadavérica* de la *cara* y una *demacracion* que llega al sumum en 24 ó 48 horas.

Tales son los síntomas espuestos por los referidos autores, en una descripcion metódica. Pero si ahora los sometemos á un exámen crítico, aparece que no en todos está perfectamente demostrado su orígen en la lesion del estómago. Veamos en particular las observaciones de Billard. ¿No es cierto que no pocos de esos fenómenos parecen pertenecer á la enfermedad principal, esto es, al *muguet*, mas bien que á una lesion que, como ya hemos visto, desarrolla casi esclusivamente síntomas locales? En efecto, trasladémonos á la descripcion que hago del *Muguet* (véase tomo 4.º), y se verá que la agitacion que viene á interrumpir una calma mas ó menos profunda, la sed, el colapsus en que caen los enfermos, la demacracion y la diarrea verde, son síntomas de esta enfermedad; y hé aquí otra razon mas para creer que en una mayoría inmensa de casos solamente es el reblandecimiento gelatiniforme una lesion secundaria procedente de enfermedades febriles preexistentes. Hé aquí cómo se esplican las opiniones contradictorias de muchos autores; porque en tanto que unos no paraban su atencion sino en los síntomas de la enfermedad principal, otros la han fijado esclusivamente en los locales. Tampoco se ha demostrado que los vómitos tan notables, observados en los casos recogidos por Cruveilhier y por Billard, proviniesen únicamente de la lesion del estómago. Por el contrario, en el artículo que acabo de citar dejo probado que

se manifiestan con los mismos caractéres en el muguet; si bien es verdad que no podemos menos de confesar que el estado de las paredes gástricas ha debido favorecer su aparicion, é indudablemente aumentar su frecuencia.

Curso, duracion y *terminacion.* Me parece que si Billard admitió, como hemos visto, un reblandecimiento gelatiniforme de *curso agudo*, y otro de *curso lento*, fué por haberse atenido al curso de la enfermedad principal. La misma confusion podia haberse hecho en la gastritis secundaria, cúya descripcion tengo trazada, si no se hubiesen estudiado con mucho esmero los hechos; y otro tanto digo de los síntomas precursores, ó prodromos, admitidos por Cruveilhier.

En cuanto á la *duracion* de la enfermedad gástrica en sí, acabamos de ver que Billard la fija entre ocho y quince dias para los mas de los casos.

Refiriéndome á los hechos que nos son conocidos, casi siempre, si no en todos los casos, ha *terminado* desgraciadamente; lo que constituye otro motivo mas para creer que solo es una afeccion secundaria, que coadyuvó para la muerte, agregándose á las causas preexistentes capaces de producirla.

Lesiones anatómicas. El pasaje siguiente, sacado de una observacion de Billard, nos dá á conocer cuáles son las lesiones que se han descrito bajo el nombre de *reblandecimiento gelatiniforme*: « El estómago tiene en toda su estension un color blanco amarillento, y al nivel de la corvadura mayor está muy tumefacta, blanquecina y tan blanda la membrana mucosa, que en cuanto se toca con los dedos toma el aspecto de una pulpa blanduja y húmeda. Comprimiéndola entre ellos, trasuda un líquido seroso que, cuando se deposita sobre un cristal de reloj, se congela al cabo de media hora, y toma entonces el mismo aspecto y la misma consistencia gelatiniforme que tenia en el estómago. Las demas túnicas, que están como maceradas en dicho líquido, se rompen con la mayor facilidad en cuanto se ejerce en ellas la mas leve traccion. »

En la observacion siguiente acaba Billard la descripcion del modo siguiente: «Cuando se levanta el detritus de la membrana mucosa, la muscular, cuyas fibras permanecen intactas, forma con la serosa el fondo de la úlcera. La circunferencia del reblandecimiento está limitada por un rodete ó hinchazon muy roja de la membrana mucosa, que en este sitio no está aún reblandecida, y que cortándola, parece como infiltrada de serosidad sanguinolenta. Lo restante de la superficie del estómago ofrece algunas estrías irregulares de un

color rojo mas ó menos vivo, y en ciertos puntos una inyeccion capiliforme muy intensa.

Lo que llama la atencion en esta descripcion es el engrosamiento considerable de la mucosa y del tejido submucoso, la infiltracion serosa ó seroso-sanguinolenta residente en estas partes, y en el último hecho esa rubicundez viva que parece indicar la existencia de una inflamacion. Vése, pues, cómo media una diferencia inmensa entre esta lesion y la que mas arriba se ha descrito bajo el nombre de *reblandecimiento con adelgazamiento*. La que ahora nos ocupa no puede atribuirse á una lesion puramente cadavérica, aunque afirme lo contrario Carswell; porque no se concibe cómo una simple digestion del estómago por el jugo gástrico pueda producir una cion de las partes, y una infiltracion serosa ó seroso-sanguinolenta.

Diagnóslico. Bien se comprende cuán difícil es establecer, con los datos que tenemos, un diagnóstico preciso de esta afeccion. Verdad es que la tension, el dolor del epigastrio, y los vómitos contínuos revelan una lesion del estómago, pero ¿pueden ilustrarnos acerca de su naturaleza? Creo que no; porque si tenemos presente lo que sucede en los casos de muguet, esto es cuando hay simple reblandecimiento con rubicundez, inflamacion y engrosamiento de la mucosa, se vé que absolutamente son unos mismos los síntomas. De otra parte, para precisar bien el valor de los procedentes de la afeccion gástrica, necesitamos que se hubiesen distinguido escrupulosamente de los que pertenecen á las enfermedades en que ella aparece, y justamente es paso que está por dar. Seria pues estemporáneo querer trazar un diagnóstico diferencial del reblandecimiento gelatiniforme, antes que vengan otras observaciones á disipar la oscuridad de este punto de patologia.

Pronóstico. Lo que he dicho acerca de lo frecuente que ha sido terminar por la muerte los casos de reblandecimiento gelatiniforme, y de lo muy graves que son las enfermedades en cuyo curso viene dicha alteracion, es una prueba de que los sugetos que la padecen se hallan en una situacion casi desesperada.

Tratamiento. Billard no dice mas sino que el tratamiento de esta enfermedad está comprendido en el de la gastritis en general, si bien debe ser mas pronto y mas enérgico que en ninguna otra ocasion, porque la enfermedad á que ha de combatir marcha con tanta rapidez, que es menester ponerla en accion en cuanto asome el primer síntoma que pueda revelarla.

Cruveilhier, por el contrario, que se ha ocupado en establecer un tratamiento propio de la enfermedad de que se trata, le divide en *curativo* y *profiláctico*, y en su concepto debe dirigírsele de este modo:

Tratamiento curativo. Disminucion de la cantidad de bebidas. Cruveilhier recomienda en primer lugar *no satisfacer el ansia con que el niño desea beber*, porque dice que ha notado agravarse los síntomas siempre que no se toma esta precaucion.

Dieta láctea. Quiere que solamente se dé á los enfermos una poca *leche*, y de la mejor nodriza que se pueda proporcionar. Pero si hace mucho que se destetó el niño, si muerde el pezon, ó cuando por otra cualquier causa no es dable usar la lactancia natural, se necesita, en concepto de este autor, suplirla con la *artificial*, cuidando de que la leche esté recien ordeñada y que aun conserve su calor natural; precepto que á su modo de ver es muy importante. Despues de la leche humana dice que la mas provechosa es la de *burra*, y en seguida la de *vaca* y la de *cabra*, con tal de añadirles azúcar.

Baños calientes, emolientes ó tónicos. A continuacion recomienda Cruveilhier los *baños calientes*, cuya temperatura se elevará todo cuanto pueda soportarla el niño, á fin de provocar la traspiracion. Estos baños se componen primero de cocimientos de *plantas mucilaginosas*, y despues se vuelven tónicos con la infusion de algunas *yerbas aromáticas*, de *quina*, de *tanaceto* ó de *ajenjos*.

Opio. En seguida viene esta sustancia, cuya administracion recomienda mucho, y la prescribe de este modo:

R. Estracto gomoso de opio. . . . . 1 grano.
Jarabe de goma. . . . . 2 onzas.
Mézclese exactamente.
R. De esta mezcla.. . . . . 4 dracmas.
Dilúyase en:
Agua comun. . . . . 3 onzas.
Para tomar á cucharadas pequeñas cada dos horas.

En caso de que se vomite pronto este medicamento, es menester darle á la *dósis de 1/5 de grano solamente*, en una *lavativa* de cocimiento de linaza ó en una de gelatina.

Emisiones sanguíneas, sinapismos y *vejigatorios.* Aunque no se haya observado ningun efecto bastante palpable de parte de las *emisiones sanguíneas*, de los *sinapismos* y de los *vejigatorios*, cree Cruveilhier que pueden coadyuvar á la dieta láctea, á los baños y al opio. No obstante, es de advertir, re-

lativamente á los sinapismos y á los vejigatorios, que las enfermedades en que viene el reblandecimiento gelatiniforme son afecciones febriles, y que puesto que no está probada la eficacia de estos medios, no será cuerdo ponerlos en uso, principalmente en los niños muy irritables.

Tratamiento profiláctico. Para preservar á los niños de la afeccion de que se trata, aconseja Cruveilhier *no destetarlos antes que tengan un año de edad.* Sin embargo, si son muy fuertes, puede anticiparse el destete dos ó tres meses, con tal que rija la mayor severidad en la eleccion de los alimentos; entonces no se debe pasar del *caldo sustancioso* unido á partes iguales con leche. No ha de quitársele de pronto el pecho al niño; es menester acostumbrarle á que haga comidas ligeras á horas fijas, y no darle *frutas de otoño, evitar el abuso de los purgantes* y de los *vermífugos*, y oponerse á cualquier diarrea luego que se manifieste.

Me ha parecido preferible hacer esta esposicion sucinta del tratamiento, porque hablamos de una enfermedad no bien apreciada aún en su naturaleza y en las circunstancias de su desarrollo. A juzgar por las observaciones que nos son conocidas, se hubiera podido tambien incluir entre las alteraciones secundarias, y no ocuparme de ella en particular; pero como no está decidida enteramente la cuestion, y al práctico pueden ofrecérsele casos embarazosos en que venga bien conocer lo que se ha escrito acerca de este punto oscuro, soy de parecer que vale mucho mas esponer sencillamente el estado de la ciencia, presentando las dudas que naturalmente ocurren en muchos puntos.

En vista de las razones que acabo de esponer, se conoce que es inútil dar prescripciones, y así es que me limito á presentar el resúmen del tratamiento.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Tratamiento curativo.* No ceder al ansia que tienen los niños por beber; dieta láctea; baños calientes, emolientes primero, y tónicos despues; opio, emisiones sanguíneas, sinapismos y vejigatorios (medios que por lo menos son de efectos dudosos).

2.° *Tratamiento profiláctico.* No destetar demasiado pronto ni de improviso á los niños; no darles frutas de otoño, y evitar el abuso de los purgantes y de los vermífugos.

ARTICULO VII.

GASTRITIS ULCEROSA (1).

En el artículo *Gastrorragia* he citado algunos casos de úlceras que indudablemente no fueron de naturaleza cancerosa; pero como son raros estos casos, no habia recaido especialmente la atencion de los médicos en la *úlcera simple del estómago*, antes de las publicaciones de Cruveilhier (*Mémoire sur l' úlc. simple chron. de l'Est.*; Revue méd., febrero y marzo, 1838), y de Rokitanski (*OEster medic. Jarhb.*, 1839, tomo 18, traducido en *Arch. gén. de Méd.*, junio, 1840). Habiendo tenido ambos médicos ocasion de examinar un buen número de hechos, los han espuesto en dos Memorias, de que principalmente nos serviremos en el curso de este artículo.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Doy el nombre de *Gastritis ulcerosa* á una afeccion caracterizada por la existencia de una úlcera gástrica que no ofrece ninguno de los caractéres del cáncer. Mas adelante examinaré si todos los casos referidos por los autores, y en particular por los dos que acabo de citar, se encontraban realmente en estas condiciones.

Dicha enfermedad se conoce mas generalmente por los nombres de *úlcera simple*, *úlcera crónica del estómago* (Cruveilhier), y *úlcera perforante del estómago* (Rokitanski).

A pesar de que dice este último autor que ha podido comprobar la existencia de unos cien casos de dicha afeccion, no es de inferir que sea *frecuente*. En efecto, bien sabemos que además de que Rokitanski abre todos los cadáveres de

---

(1) A fin de conocer el valor que doy á esta espresion, debo decir que de ningun modo pretendo sostener que la úlcera simple del estómago procede de una inflamacion comun. Para facilitar la clasificacion, he admitido una especie particular de gastritis caracterizada por la formacion de una úlcera, como lo he hecho repecto de la *Laringitis* y de la *Faringitis ulcerosas*; pero en concepto mio, estas espresiones no prejuzgan por ningun estilo la naturaleza íntima de la enfermedad. Hay por lesion característica úlceras; estas no pueden formarse sin inflamacion, ¿pero no tiene algo de especial semejante inflamacion? Este punto no puede resolverse sino en el curso de los artículos consagrados á cada una de las afecciones de que se trata.

los individuos que sucumben en un vasto hospital, y que por consiguiente ha debido recoger las observaciones de que se trata entre un número muy estenso de casos, conviene advertir que no podemos menos de creer que muchas de ellas se refieren á úlceras cancerosas. Por lo demas, este es punto en cuya dilucidacion no han trabajado suficientemente los autores; y hasta que así se haga, resulta que la gastritis ulcerosa simple es una enfermedad rara.

§. II.—Causas.

Tocante á las causas de la enfermedad, no sabemos casi nada mas que lo que Rokitanski nos dice de las *predisposiciones*. Entre 79 casos ha encontrado este autor 30 sugetos de mas de cincuenta años de *edad*, 21 de menos de treinta, y los demas eran de edad intermedia á ambos estremos, escepto 4 que contaban de diez y seis á diez y nueve años.

En cuanto al *sexo*, encontramos en los estados formados por el susodicho autor, que de los 79 casos, 46 pertenecen á mujeres y 33 á hombres. Si admitir se pudiera que en todos estos hechos era perfectamente simple la úlcera, seria bastante notable dicha proporcion, pues que resulta que una enfermedad cuyo orígen se ha llegado á atribuir á las irritaciones repetidas de la membrana mucosa del estómago, aparece precisamente en el sexo menos espuesto á esta causa.

Rokitanski ha visto la enfermedad acompañada de *flujos hemorroidales irregulares*, de una *menstruaccion anormal* y de la *gota*; pero sin que se encontrase ninguna relacion entre estas enfermedades.

Como ya he anunciado, en concepto de dicho autor as *causas escitantes* son *irritaciones repetidas de la membr na mucosa* que al fin ocasionan una hipertrofia, un aumento ll de esta membrana, y acaban por formar la úlcera. Las re c-xiones que mas arriba hice no me permiten adoptar esta opinion que necesita estar basada en una análisis exacta de los hechos. Los primeros síntomas de la afeccion databan, en un caso observado por Louis (*Obs. inéd.*), de una época en que el sugeto tomó *un escrúpulo de tartaro estibiado* á fin de quitarse la vida. Rokitanski opina tambien que cuando las *fiebres intermitentes* vienen acompañadas de padecimientos del estómago, tienen mucha influencia en la produccion de esta enfermedad.

En cuanto á Cruveilhier, se limita á decir que la historia de las causas de la úlcera simple del estómago está envuelta en

densas tinieblas, ó, mejor espresado, que esta enfermedad reconoce por causas *todas las de la gastritis*. Se vé, pues, que aún queda mucho que hacer para resolver este punto de patología.

Por desgracia se han olvidado los dos autores que cito, de decir en qué estado de salud se hallaban los enfermos, antes de que fuesen afectados de la enfermedad; y es omision que nos impide saber en qué proporcion de casos era primitiva ó secundaria. Este descuido es tanto mas sensible, cuanto que no podemos ya ocuparnos casi esclusivamente de la primera, como debíamos hacerlo. En dos casos notables, recogidos por Louis, habia tubérculos pulmonares poco adelantados.

§. III.—Síntomas.

No es raro, segun Cruveilhier, encontrar la úlcera simple del estómago en el cadáver de individuos en que durante su vida no hubo ningun síntoma de parte de esta víscera: esto es, que la enfermedad fué completamente *latente*. Yo creo que á no dudarlo es en estremo absoluta esta posicion; porque, en primer lugar las investigaciones de anatomía patológica prueban que en cualquier circunstancia imaginable es una enfermedad rara la úlcera simple del estómago; y en segundo lugar, parece que nunca se han emprendido las suficientes indagaciones para convencerse de si en realidad no hubo ningun síntoma: muy á menudo no se ha pasado de obervaciones bastante imperfectas.

En los casos en que la enfermedad se presenta con los signos que le son propios, se observan, segun el referido autor, «*pérdida completa* ó *perversion del apetito*, *tristeza* pertinaz, *digestion laborosa*, *malestar ó dolor sordo en el epigastrio*, y algunas veces *dolor epigástrico* sumamente vivo durante el trabajo de la digestion, ó aun estando vacío el estómago.

»El dolor epigástrico, ó mejor, xifoideo ó sub-esternal, suele estenderse, añade Cruveilhier, hasta el punto correspondiente de la columna vertebral, y he visto algunos enfermos que se quejaban mas del dolor raquidiano que del epigástrico. El *enflaquecimiento* mas ó menos rápido, la *constipacion*, las *náuseas*, los *vómitos* despues de la ingestion de los alimentos, y la *hematemesis*, ó sea *vómito negro*, forman el conjunto de los síntomas que presentan los individuos afectados de úlceras simples del estómago, y fácilmente se ve que ninguno de estos síntomas merece la ca-

lificacion de signo patognomónico. Entre ellos, unos son comunes á la úlcera simple y á la gastitis crónica, y otros á la úlcera simple y al cáncer.»

Bien se advierte que al apreciar estos síntomas Cruveilhier, no hace mencion de los puntos de contacto de la enfermedad con la *gastralgia*, no obstante que esta afeccion es la que mas se parece á la recien descrita. Pero ya volveré á tocar este punto cuando me ocupe del *diagnóstico*.

Respecto á Rokitanski, insiste sobre los copos oscuros que vienen mezclados con las materias vomitadas, sobre la falta de toda caquexia cancerosa, y el modo de terminar la enfermedad. En su concepto, rara vez termina por una debilidad general; pero, si así sucede, suele venir una disenteria que apresura la muerte. Muchas mas veces se efectúa una perforacion en el estómago, solucion cuya trascendencia varia, segun que establece comunicacion entre la cavidad de la víscera y la del peritoneo, ó la deja impracticable un órgano próximo. En el primer caso viene una peritonitis sobreaguda, afeccion que será descrita mas adelante, y en el segundo. se observan *cardialgias penosas*, que algunas veces se prolongan por dias enteros, desmayos y vómitos de gran cantidad de sangre. Ya hemos visto que estos vómitos anunciaban tambien la perforacion de un vaso; y á los hechos que cité de este género hay que añadir los recogidos por Cruveilhier y Rokitanski.

No es difícil echar de ver que se citan con alguna vaguedad estos síntomas, y que no teniendo muy á menudo los autores mas que simples indicios, no han podido seguir en tales casos la observacion de la enfermedad. De esto se infiere que es muy importante tener observaciones rigurosamente recogidas con todos sus pormenores y que den á conocer si la úlcera simple tiene algunos caracterés propios. Es de creer que si las circunstancias favoreciesen á los observadores, se llegaria á un resultado tan deseado. Con este fin me parece oportuno decir algunas palabras mas, acerca de un caso de úlcera simple del estómago observado por Louis, en que fueron conocidos los síntomas.

Trátase de una mujer de veinte y cinco años, que despues de haber atentado contra su vida, tomando un escrúpulo de tártaro estibiado, tuvo por mas de un año dolores epigástricos, náuseas, vómitos y sobre todo tal inapetencia que, el dia que mas, tomaba solamente sopa ó un huevo. A estos síntomas se agregaban por intervalos, trastornos nerviosos y de naturaleza histérica, tales como espasmos generales con pérdida

del conocimiento durante muchas horas, y tambien se notó disnea y tos. En la autopsia se encontraron muchas ulceraciones pequeñas en la mucosa del estómago, y entre el píloro y el cardias se veia, en la corvadura menor, una úlcera de trece líneas de diámetro, profunda y de bordes no endurecidas, y casi enteramente destruida la mucosa. Algunos tubérculos que ocupaban el vértice del pulmon derecho, daban cuenta de los signos pectorales. Asi es que en este caso lo mas notable que hubo fué el faltar por tanto tiempo el apetito.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Ya hemos visto que Rokitanski distinguia el *curso* de la afeccion que nos ocupa, en *rápido* y *lento*, que será la variedad que mas frecuentemente se presenta á la observacion, si nos atenemos á los hechos citados por Cruveilhier. Lo mas notable que hay en el curso de la enfermedad, son esos intermedios de calma mas ó menos largos, durante los cuales se encuentra algo mejor el enfermo, y aun puede creerse curado; suspension que en cierto número de casos puede ser que proceda de la cicatrizacion de la úlcera existente. En efecto, los dos autores que mas arriba he citado, refieren casos de cicatrizaciones formadas al lado de las úlceras que quitaron la vida.

En cuanto á la *duracion* de la enfermedad, bien se comprende en vista de lo dicho, que debe ser muy variable, y así es que no nos es dable decir nada de positivo, si no es que puede prolongarse durante uno ó muchos años.

Por lo comun es fatal la *terminacion*, si bien es verdad que, como ya hemos dicho, puede indudablemente efectuarse la cicatrizacion. A los hechos reunidos por Cruveilhier y Rokitanski hay que añadir algunos otros observados por Louis, y principalmente el que acabo de citar y el que se refiere de la *observacion* diez y nueve de su Memoria acerca del reblandecimiento con adelgazamiento; hecho que ya he mencionado. Tambien nos han dado á conocer otros ejemplos los demas autores que se han ocupado de anatomía patológica.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Con motivo de haber llamado especialmente la atencion de los observadores la ana tomía patológica, encontramos sobre este punto detalles interesantes. De la descripcion que hace Rokitanski de las úlceras, asunto del que principalmente se ha ocupado, voy á tomar la mayor parte de lo que

sigue. Unas veces solamente hay en las paredes del estómago una úlcera que penetra á mayor ó menor profundidad, y en otros casos una perforacion completa, lesion de que mas adelante volveré á ocuparme.

Segun este autor, siempre ocupa la úlcera la mitad pilórica del estómago, que justamente es el punto donde Louis la encontró: tan solamente se le ha ofrecido una vez al referido Rokitanski en el fondo menor. «Las mas veces, añade, se encuentra la úlcera en medio de esta region del estómago, mas frecuentemente en la pared posterior que en la anterior, y si no siempre cerca de la corvadura menor, en muchas ocasiones sobre ella misma. Mas raro es que las úlceras estén próximas al píloro.»

La estension de la úlcera varía entre la de una peseta y un duro, cuando no la adquiere dos ó tres veces mayor. Por lo comun solamente se encuentra una sola, así como lo ha notado Rokitanski 62 veces entre 79 casos. En los demas habia dos, cuatro ó cinco úlceras.

La úlcera, circular en su orígen, llega despues á ser elíptica y aun irregular mas tarde, lo que suele depender de la reunion de los bordes de dos úlceras próximas.

Rokitanski cree que dicha úlcera proviene del desprendimiento de una escara; pero este es un hecho que no está perfectamente probado.

Mas arriba dije que estas úlceras pueden terminar por *cicatrizacion*: en tal caso se encuentra una superficie blanca, lisa, deprimida, en la que confluyen pliegues radiados que anuncian cierta contraccion de los tejidos. Cuando ha sido muy estensa y profunda la úlcera cicatrizada, puede llegar á tal punto la contraccion de los tejidos, que disminuya en gran manera el calibre del estómago.

En fin, cuando la enfermedad ha invadido todas las túnicas de la víscera, se encuentra en su centro una *perforacion* que por lo comun tiene una mediana estension, de donde resultan en los órganos próximos desórdenes de que ya me ocuparé.

A esta descripcion añade Cruveilhier la disposicion de los bordes, que están cortados perpendicularmente y tumefactos, el aspecto agrisado del fondo, la densidad de este, y la forma de zona circular de la úlcera en caso de invadir el píloro. En lo que principalmente ha insistido, es en las diferencias que median entre las úlceras simples del estómago y las cancerosas; punto que es demasiado importante para que omita el pasaje en que se trata de él.

«La úlcera simple del estómago, dice Cruveilhier, solamente tiene una semejanza grosera con la cancerosa, á pesar de que siempre se le ha confundido con esta. Ni la base que la sostiene ofrece ninguno de los atributos del cáncer duro ó blando, ni tampoco se encuentra esa hipertrofia circunscrita que por lo comun acompaña al cáncer y que se le ha tomado por la degeneracion cancerosa.» Sensible es que Cruveilhier haya creido que respecto este punto de vista no debia entrar en los detalles de los hechos que ha observado. En efecto, á nosotros nos consta que no siempre es fácil distinguir la ulceracion simple crónica, de la cancerosa, que es lo que sucederia en algunos casos de los recogidos por este autor, en que alrededor de la úlcera se encontraban bordes densos, hipertrofiados y duros; casos de los que hubiese sido muy importante tener una descripcion mas precisa.

Segun Rokitanski, muy á menudo se une al cáncer la úlcera perforante de que se trata; pero ¿no será mas seguro decir que en tales casos, siendo desde el principio cancerosa la úlcera, no cambia en nada su naturaleza con tomar la forma perforante? Anotar se debe todas estas dificultades, porque no han sido resueltas convenientemente.

Cruveilhier comprueba ademas un estado de la superficie de las úlceras, que esplica la hematemesis y el vómito negro. Examinando á simple vista, ó con un lente de mucho aumento, la superficie de la úlcera bajo una capa de agua, ha observado multitud de orificios vasculares, de los que unos estaban obliterados y otros no.

En fin, relativamente á las cicatrices de que ya he dicho algunas palabras, ha encontrado Cruveilhier que se forman en medio de una capa fibrosa de que está cubierta la superficie de la úlcera, y que nunca ofrece los caractéres del tejido mucoso. Por desgracia, ni Rokitanski ni Cruveilhier han dado á conocer el estado de la mucosa circundante; y esto nos induce á dudar de si la úlcera viene ó no á consecuencia de una inflamacion ordinaria prolongada. De desear es que se hagan investigaciones acerca de este punto importante.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Mas arriba hemos visto cuál es la opinion de Cruveilhier relativamente al diagnóstico: en concepto suyo, hasta muy poco importante es tratar de establecerle, al menos respecto de las miras terapéuticas. Bien puede ser verdad, si, á modo de este autor, solamente se atiende á la gastritis crónica y á la úlcera simple del estómago; pero no sucede así si se toma

en consideracion la *gastralgia*, afeccion con la que fácilmente puede confundirse la úlcera; que en los mas de los casos difiere completamente el tratamiento de la primera del de la segunda. Dignos pues son de elogio los esfuerzos que hasta el presente se han empleado para formar el diagnóstico diferencial, y lo que debemos sentir es que estos esfuerzos no hayan sido coronados con el mejor éxito.

Por tanto, es prematuro esponer ahora los signos mediante los cuales se distingue la afeccion que nos ocupa del cáncer y de la gastralgia; remito, si se quieren mayores detalles, á los artículos consagrados á estas afecciones.

Tocante á la gastritis crónica simple, hay que confesar en primer lugar, que es sumamente difícil distinguirla de la úlcera. Con todo, dánse ciertos casos de gastritis en que no há lugar á la confusion: tales son aquellos en que con la cardialgia y el dolor á la presion coexisten vómitos biliosos repetidos. Efectivamente, nosotros hemos visto que en los casos de úlceras del estómago estaba compuesta la materia vomitada de alimentos y bebidas, ó, lo que todavía distingue mas esta afeccion, de materias negras y de sangre, que son dos signos que por el hecho mismo de aproximar la úlcera del estómago al cáncer, la alejan de la gastritis crónica. En los casos en que la gastritis crónica promueve vómitos biliosos, es muy dificil, con los elementos que tenemos, decir si hay ó no úlcera en el estómago. De aquí puede inferirse cuánto no queda aún por hacer para formar este diagnóstico.

Pronóstico. Si bien no se puede dudar que es grave la enfermedad, sin embargo, las cicatrices que en muchísimas ocasiones se han encontrado en el estómago, prueban que no es superior á los recursos del arte, ó al menos que con ciertas precauciones se puede favorecer la tendencia de la naturaleza hácia la cicatrizacion.

El vómito de sangre es uno de los síntomas mas graves, porque casi siempre anuncia la perforacion de un vaso ó de un órgano muy vascular situado en las inmediaciones. No obstante, hemos de tener presente que, como lo h aprobado Cruveilhier, puede salir la sangre de vasos de finísimo calibre y de capilares que pueden obliterarse, y que en tales casos tampoco es irrealizable la cicatrizacion.

§. VII.—Tratamiento.

Creo que debo limitarme á esponer aquí el tratamiento recomendado por los autores que tantas veces he citado,

pues que son los únicos que se han ocupado de cuanto concierne á la enfermedad de que se trata. Veamos primero el tratamiento de Cruveilhier.

Tratamiento de Cruveilhier.

«Principio por dejar en quietud el estómago durante veinte y cuatro horas, y se debe guardar *abstinencia* completa, que algunas veces recaerá lo mismo sobre los líquidos que sobre los sólidos. Si hay dolor en el epigastrio, se hará una *aplicacion* de *sanguijuelas* el primer dia, y á continuacion se pondrá el enfermo por muchas horas en un baño.

»Al dia siguiente ensayó la *dieta láctea*, con la circunstancia de dar la leche en cuanto se ordeñe y á la dósis de algunas cucharadas, cada cuatro horas, mediando intervalos mas largos, si el estómago no la pide. Algunas veces obra como por encanto la dieta láctea; pero en otras ocasiones no la llevan bien los enfermos, y entonces es menester dilatarla en un poco de agua de cal ó de harina de avena, ó endulzarla alguna cosa. Muchas veces se lleva mejor que la leche natural, la hervida ó sin nata, la fria mejor que la caliente, y la que lo está mucho, mejor que la tibia. Pero, no es raro que la leche fatigue al estómago, y entonces tenemos que renunciar á ella al momento, y reservar su uso para mas adelante.

»Muchas veces se le sustituye ventajosamente con la dieta *gelatinosa* ó *feculenta*, que se compone de caldos de vaca, de gallina, gelatinas, ó bien de féculas de maiz, de arroz, aveva, cebada, patatas cocidas en agua, leche ó caldo de pollo. El punto esencial es encontrar un alimento que pueda soportarle el estómago, y frecuentemente sucede que el instinto del enfermo nos dirige mucho mejor que todos los preceptos.

»El *agua gaseosa simple* la han sobrellevado los enfermos, cuyo estómago se revelaba en contra de toda especie de alimento y bebida.

»Algunas veces he obtenido buenos resultados de la *magnesia calcinada* y de los polvos de ojos de cangrejos, dados en una cucharada de agua ó de leche.

»Raro es que haya sido útil el *opio*, ni aun en los casos de dolores vivos.

»Por lo general se debe proscribir el *azúcar*; pero me ha correspondido haciendo que se tenga en la boca la cristalizada, antes y despues de la comida, para aumentar la secrecion de la saliva.

»La *temperatura de los alimentos* es tan importante como su calidad ó cantidad: á mi me ha parecido mucho mejor darlos muy calientes ó muy frios que tibios.

»Los *baños gelatinosos* templados, de dos, tres ó cuatro horas son un auxiliar muy poderoso, y he observado que uno de tres ó cuatro horas produce efectos mucho mejores, que tres ó cuatro baños de una hora.

»Es precepto muy importante *no prolongar demasiado la dieta dulcificante*, é ir saliendo del régimen severo prescrito en los primeros tiempos; y aun llega una época en que los estimulantes, tales como la *carne de caza*, son mas provechosos que las carnes blancas y las legumbres herbáceas.»

Bien vemos que este tratamiento ha sido dictado por las ideas principales que nacieran de algunas observaciones interesantes, mas bien que por un análisis exacto de todos los hechos. Es de desear que se verifiquen muchas investigaciones en este sentido, para dar á la terapéutica de las úlceras del estómago la precision que aún les falta.

En concepto de Rokitanski, se debe dirigir el tratamiento de la manera siguiente. Así como Cruveilhier pone mucha confianza en la *dieta láctea*, recomienda una *aplicacion de sanguijuelas*, si hay dolores vivos en la region epigástrica; y despues quiere que se recurra al *carbonato de magnesia* y al *agua de cal* con leche; medicamentos que pueden administrarse, el primero á la dósis de una á dos dracmas, y á la de dos cucharadas en una taza de leche, una ó dos veces por dia, el segundo.

Propone ademas Rokitanski aplicar á la region epigástrica, bien sea *cauterios*, bien *moxas*, ó dar en ella *fricciones* con la *pomada de Autenrieth*, el *aceite de croton*, ú otra cualquiera sustancia irritante.

Tambien recomienda las tisanas de *manzanilla* y de *menta*, y cree que si no se soporta la leche, pueden sustituirla ventajosamente los caldos, los cocimientos mucilaginosos ó panatelas. Por último, en el tratamiento de la hematemesis recurre á medios que ya dejo espuestos en el artículo *Gastrorragia*, y con este motivo basta remitir allí al lector.

Habiendo creido, y lo repito, que lo mejor era esponer el tratamiento que estos dos autores emprenden en la úlcera simple del estómago, ¿será oportuno dar resúmen y prescripciones? Me figuro que no; porque así se querria dar un aire de precision á un artículo que no puede tenerla en el estado actual de la ciencia. Es preciso que sepa el práctico lo que se ha puesto en uso, y no crea que sin proceder un estudio

atento de los síntomas, puede mirar como determinados los casos que se le presenten y los medios para combatirlos.

ARTICULO VIII.

PERFORACION DEL ESTÓMAGO.

Dánse pocas enfermedades que hayan sido el objeto de mas trabajos particulares que la perforacion del estómago; y como se enlaza con cuestiones importantes de medicina legal, ha llamado la atencion de una manera especial. Pero siendo difíciles de observar los hechos, y de naturaleza variable, y admitiendo diversas interpretaciones, mientras mas empeño ha habido en discutir las cuestiones que promueven, mas confusion se ha introducido en la historia de la enfermedad. En una misma teoría se han querido incluir hechos que se refieren á causas orgánicas diferentes, y las opiniones que se emiten, muy á menudo verdaderas respecto á algunos puntos particulares, han llegado casi siempre á ser falsas por haberlas generalizado.

Para comprender bien la historia de la perforacion del estómago, es preciso ante todo tener presente lo que mas arriba dijimos. En efecto, probado tenemos que habia perforaciones *debidas á un trabajo patológico*, y principalmente á las úlceras cancerosas y á las simples perforantes, mientras que otras eran efecto de un fenómeno puramente cadavérico; y mas adelante veremos que hay tambien que admitir verdaderas *roturas del estómago*, lesion de que hoy dia cuenta muchísimos hechos la ciencia. Por ahora hago abstraccion de las *perforaciones debidas á la accion de un veneno corrosivo sobre las paredes del estómago*, porque donde se debe tratar de ellas es en el capítulo consagrado á los *envenenamientos*.

Si se hubiese cuidado de establecer ante todo una distincion como la que hacemos, y habiéndose atenido, no á algunos hechos particulares sino á todos en general, seguro es que no se hubieran discutido tanto la causa de las perforaciones y la naturaleza de las lesiones que las producen.

Lefévre, cirujano de marina á quien somos deudores de un trabajo interesante sobre esta cuestion, espone con sus pormenores las diversas opiniones emitidas, principalmente desde principios de este siglo. Voy á dar solamente un resúmen muy corto de este trabajo histórico.

Dejemos por ahora de manifestar las ideas de Galeno, Celio Aureliano, Boerhaave y Hoffmann, puesto que no

están fundadas en el estudio de hechos positivos, y pasemos á los esperimentos de Hunter, Spallanzani, y principalmente á los que mas arriba comentamos de Carswell, pero sin hacer mas que citarlos; porque si bien prueban, como hemos visto, que en ciertas circunstancias únicamente es un simple efecto cadavérico la perforacion, estos autores sin embargo han cometido el desacierto de querer generalizar sobradamente hechos particulares.

Apenas hay para qué mencionar la teoría del Dr. Gerard, que admitia la hipótesis de la preexistencia de un *absceso* en el estómago. En cuanto á Chaussier y Jaeger, ya hemos visto mas arriba el juicio que se forman de esta lesion, y así es que tenemos por escusado repetir sus opiniones.

El doctor Camerer (*Expér. sur le ramoll. de l' estomac.*) creia haber puesto en conformidad las opiniones de los partidarios de Hunter con la de los autores que acabo de citar, demostrando por esperimentos que el líquido gástrico obra en el estómago privado de inervacion como en el de un cadáver; pero no está probado que en los casos en que se efectúa la perforacion del estómago, se halle este órgano en las condiciones que supone el médico de Stuttgard.

Despues vienen los médicos de la *escuela fisiológica* con la pretension de que la perforacion del estómago es un resultado de inflamaciones ordinarias. Esta es indudablemente la opinion mas controvertible; porque una inflamacion comun causa lesiones, de las que, como mas arriba hemos indicado, no es la perforacion el término definitivo.

Justo es dar á conocer aquí la division propuesta por Roichter (*Horns' Archiv.*, 1824) y la de Becker, puesto que con ellas se pretende clasificar mas metódicamente las perforaciones del estómago. Richter tiene por causas de esta lesion: 1.° *la gangrena local;* 2.° *el escirro*; 3.° *la ulceracion* aguda y crónica; 4.° *el reblandecimiento gelatiniforme*. Relativamente á la gangrena local hay que decir, que de ningun modo está probada su existencia; porque si bien es verdad que Rokitanski considera una escara como el primer grado de la úlcera perforante del estómago, esto sin embargo mas bien es una simple opinion que la espresion de los hechos. Las perforaciones debidas al escirro ulcerado y á la ulceracion simple son innegables: tocante á las que se atribuyen al reblandecimiento gelatiniforme, todavía son el resultado de una teoría que necesita estar apoyada en numerosas observaciones.

El doctor Becker establece primero dos clases de estas

perforaciones, á las que denomina *Gastrobrosis*. En la primera incluye las gastrobrosis por *causa interna*, y entre ellas las que resultan de la accion de agentes vulnerantes y tóxicos, gastrobrosis de que no debemos ocuparnos; y en la segunda clase se encuentran las divisiones siguientes: 1.º la gastrobrosis *gangrenosa*; 2.º la *ulcerosa*; 3.º la *carcinomatosa*; 4.º la producida por *adelgazamiento* de las túnicas del estómago; 5.º la procedente del *reblandecimiento* de la túnica mucosa; 6.º la gastrobrosis espontánea. Aquí vemos que este autor ha querido comprender en su clasificacion todos los hechos conocidos ó supuestos; pero apenas dilucida la cuestion, poniéndolos así al mismo nivel, é introduciendo algunas especies cuya existencia no está demostrada.

Puesto que nada nuevo sacaríamos de seguir mas adelante este estudio histórico, es preferible no seguirle. Si le he emprendido, únicamente es con la idea de probar que la historia de las perforaciones está principalmente enlazada con los hechos que hemos espuesto en los artículos precedentes, y que esta lesion no es mas que un efecto de las que en ellos tenemos estudiadas. Resulta, pues, que no debemos hacer aquí la historia de estas perforaciones; porque hasta tanto que se efectúan, se trata de una enfermedad diferente, bien sea úlcera cancerosa, bien úlcera simple; y una vez efectuadas, sobrevienen fenómenos que por lo comun pertenecen á otra afeccion, á la peritonitis sobreaguda.

Bueno es sin embargo decir algunas palabras acerca del modo como se forman, y de los accidentes que resultan, segun que se efectúan en este ó en otro punto del estómago. Tambien es útil manifestar cómo puede distinguirse despues de la muerte la perforacion patológica de la que es puramente cadavérica, que es el asunto de que nos ocupamos en este artículo.

Síntomas precursores. Cuando la perforacion del estómago es *debida á los progresos de un cáncer ulcerado*, viene precedida de los dolores, vómitos, enflaquecimiento y caquexia que pertenecen á esta enfermedad. En el caso de ser *debida á una úlcera simple*, ó bien se observan los síntomas espuestos en el artículo precedente, ó es enteramente latente la enfermedad. ¿Habrá que considerar tambien el reblandecimiento con adelgazamiento y el reblandecimiento gelatiniforme como causas de perforacion? En el estado actual de la ciencia es del todo indemostrable; porque en la mayor parte de los casos hay necesariamente que admitir, así como lo he probado con hechos, la existencia de la perforacion cadavérica.

Síntomas consecutivos. Cualquiera que sea la causa de que provenga la perforacion, se diferencian mucho los fenómenos sucesivos, segun que la cavidad del estómago *comunica con la del peritoneo*, ó está *en relacion con algun órgano inmediato* la solucion de continuidad.

Hé aquí lo que en este último caso se observa: hay *cardialgias* muy penosas, que á veces se prolongan por dias enteros, *desmayos*, *vómitos* de grandes cantidades de *sangre*, seguidos de *deyecciones albinas sanguinolentas*, y la enfermedad, que hasta entonces no habia marchado con mucha rapidez, hace progresos espantosos. A la vista tenemos cuán difícil es distinguir los resultados de una perforacion de este género de los que pertenecen á la simple erosion de una artéria del estómago: en ambos casos son casi idénticos los fenómenos. Las mas veces viene á terminar la perforacion del estómago en el bazo y en el hígado, y sin embargo no es raro verla en los casos de cáncer establecer comunicacion entre la cavidad gástrica y la del cólon; pero este es asunto del que volveré á ocuparme al tratar de esta última enfermedad. Muchos autores, y entre otros Chaussier, refieren ejemplos de perforacion del gran fondo, corrrespondiendo al bazo.

En otras circunstancias se efectúa la perforacion *en frente de las paredes abdominales*, y entonces es cuando puede establecerse una *fístula estomática*, si con anterioridad se han formado adherencias. Así sucedió en un caso muy notable referido por Bineau (*Journ. des Conn. Méd.-chir.*, tomo 2.°, pág. 360): esta fístula, que se habia cerrado algunos dias despues de establecerse, volvió á abrirse mas adelante, y causó la muerte.

Lo que llama la atencion en las perforaciones de que acabo de hablar, es la formacion de esas *adherencias* que se oponen al derrame en la cavidad peritoneal, de las materias contenidas en el estómago; hecho importante en que principalmente insiste Caillard (Tesis, Paris), y cita tres ejemplos de él.

No todas las circunstancias son tan felices para que la perforacion encuentre este órgano próximo que venga á obstruirla, y sin embargo puede suceder, como en un caso observado por Delpech, que siendo desde luego muy poco abundante el derrame, se encuentra *contenido en un espacio muy limitado*, y rodeado de falsas membranas, de tal modo, que no sean sumamente graves los accidentes. Pero son raros los casos de este género, al menos si nos referimos á los muy pocos que hasta ahora han citado los autores. En la observacion recogida por Delpech (*Mémor. des hop. du Midi*, t. 2.°,

pág. 386), se dice que hubo diagnosticada una perforacion; que no obstante haber promovido desde luego accidentes formidables, calmaron estos á beneficio de la dieta absoluta; pero que habiendo querido tomar alimentos el enfermo, sobrevinieron vómitos que rompiendo estas adherencias establecieron comunicacion entre la pequeña cavidad del derrame y la peritoneal, resultando una peritonitis mortal.

Hay, en fin, otras circunstancias, por desgracia demasiado frecuentes, en que la perforacion del estómago hace *comunicar directamente con el peritoneo* la cavidad de aquel, y se efectúa el derrame, bien en la cavidad mayor, cuando la perforacion ocupa la cara anterior, bien en la cavidad posterior de los omentos, cuando está en la cara posterior. Estos accidentes se anuncian inmediatamente por los síntomas mas violentos, y sobretodo por el *dolor escesivo que viene de repente*, los *escalofrios*, la *frialdad de las estremidades*, la tendencia de los enfermos á encogerse bajo las cubiertas de la cama, y á tener *encorvado hácia adelante el cuerpo*, etc. Aquí vemos que estos síntomas son los de la peritonitis sobreaguda, y que tienen el mismo valor en la afeccion que nos ocupa, que los procedentes de la pléura en la *perforacion del esófago*. Pero dejemos ya estos detalles interesantes, puesto que han de estudiarse escrupulosamente en el artículo consagrado á la peritonitis, y en este basta con haberlos citado.

De lo dicho se sigue que la perforacion del estómago, diferenciándose en esto de la rotura, está caracterizada, ora por la *preexistencia de fenómenos*, ora por la *falta completa de estos síntomas* y de los que, como mas adelante veremos, preceden á la rotura, y por la *aparicion brusca* de los fenómenos de la peritonitis sobreaguda.

Causas determinantes. ¿Qué *causas determinantes* reconoce la solucion completa de continuidad del estómago? Despues de haber seguido la marcha de las enfermedades que la efectúan, y en particular la de la *úlcera cancerosa* y de la *perforante*, vemos que llega un momento en que se halla destruida casi completamente la pared del estómago, y que la membrana serosa es la única que entonces queda para oponerse al derrame de las materias. Concíbese, pues, que en tal estado, un movimiento brusco, los esfuerzos para vomitar, ó una presion violenta en el epigastrio, pueden romper este último resto de la pared gástrica. Hé aquí, en efecto, lo que se ha observado en cierto número de casos; pero como en otros no ha sucedido así, resulta que la membrana serosa habrá padecido á su vez el trabajo ulcerativo.

§. I.—Lesiones anatómicas.

Con motivo de haber ya espuesto minuciosamente el estado en que se encuentra el estómago á consecuencia del trabajo ulcerativo, únicamente diré que, así como la de las úlceras en general, es muy variable la estension de las perforaciones; que algunas veces es muy espaciosa, pues que hasta se han visto de la magnitud de la palma de la mano; y que la perforacion es circular y de bordes cortados, de tal modo, que la pérdida de sustancia de la mucosa y del tejido submucoso es mayor que la de la muscular, y esta, á su vez, es mas estensa que la de la serosa. Los bordes suelen tener un color rojo mas ó menos vivo, otras oscuro, y en ocasiones aun negruzco, que es indudablemente por lo que se ha creido en la existencia de una verdadera gangrena. Tambien suele haber muchas perforaciones de mediana magnitud; y hé aquí cómo concuerda esto con lo que hemos dicho acerca del desarrollo simultáneo de muchas úlceras.

Pero el hecho mas importante que ha de comprobarse, es la existencia de una inflamacion peritoneal mas ó menos estensa, resultado inevitable del derrame de las materias contenidas en el estómago durante la vida. Delpech es el único que ha insistido cual se debe sobre este punto, y sin embargo en él se encierra aún toda la cuestion. Si se hubiese cuidado de indicar exactamente en todas las observaciones el estado del peritoneo, nada seria mas fácil que distinguir la perforacion efectuada durante la vida, de la que viene en los cadáveres. Por haber descuidado enteramente Chaussier esta descripcion del peritoneo, cayó en muchos errores; porque es evidente que atribuia á una sola causa perforaciones de muchas especies.

Así es que, además de la presencia de los alimentos en la cavidad peritoneal, hay que notar escrupulosamente el estado de descomposicion en que se les encuentre, su composicion química, y principalmente la rubicundez de la serosa, las falsas membranas, los derrames seroso-purulentos ó purulentos; porque si se dan todas estas circunstancias no hay que dudar que la perforacion se efectuó durante la vida.

Perforaciones cadavéricas. De lo dicho venimos á parar en tener que decir dos palabras acerca de las perforaciones que pueden efectuarse despues de la muerte. Principiemos por recordar aquí los esperimentos de Carswell, y, lo que aún es mas importante, algunas observaciones recogidas en-

tre los racionales, de reblandecimiento y de perforaciones que evidentemente parecen cadavéricas. Tal es la que Littre ha dado á Carswell (*Mém. cité*, pág. 506), tales son tambien las que pertenecen á Hunter y á algunos otros esperimentadores, y la que Louis refiere como ejemplo del término final á que puede llegar el reblandecimiento del estómago. Lo que en estos casos llama la atencion es que el líquido derramado *parecia quimo*, y que los órganos bañados por él estaban reblandecidos como el estómago, *sin inflamacion en las inmediaciones*, de modo, en fin, que se encontraba perfectamente intacto el peritoneo.

En los hechos que acabo de citar puede verse, como advierte Carswell, la transicion gradual del reblandecimiento á la perforacion completa. El que ha recogido Littre nos representa en efecto la destruccion de las paredes hasta el peritoneo en un caso de muerte súbita, y los demas, la destruccion de esta misma membrana.

Por mucho que se insista acerca de esta diferencia en las lesiones de las partes próximas, nunca se llegará á la superfluidad; porque si no se la toma en cuenta, es imposible asegurarse de la naturaleza de la perforacion, puesto que, como confiesan todos los anatómicos, no siempre basta para salir de dudas la figura de la lesion del estómago.

§. VI.—Diagnóstico.

Muchas cuestiones hay que sentar relativamente al diagnóstico. En primer lugar, ha de preguntarse si se trata de una simple perforacion ó de una *rotura del estómago;* y hé aquí los datos sobre que se establecerá la distincion. En la perforacion se observan síntomas precursores cada vez mas duraderos, ó sean dolores epigástricos, vómitos, náuseas, inapetencia, enflaquecimiento, etc.; y en la rotura, aunque tambien hay síntomas preexistentes, como mas adelante veremos, sobrevienen todos durante una especie de indigestion, duran muy poco, y principalmente consisten en el abultamiento del epigastrio, la ansiedad y los esfuerzos inútiles para vomitar. Estos últimos síntomas bastan para distinguir la rotura de la perforacion del estómago que sucede á la úlcera latente; caso que por lo demas es mucho mas raro que el precedente.

Si aquí no hablo de la perforacion que se atribuye al simple reblandecimiento del estómago, es porque carecemos de los suficientes datos para dilucidar este punto.

La segunda cuestion que nos importa formular es esta: *¿Comunica con algun órgano inmediato la perforacion?* ¿ó

hay derrame peritoneal? Tan graves y característicos son los síntomas de la peritonitis sobreaguda, que muy bien se puede establecer el diagnóstico sin que quede motivo de duda. De aquí resulta que cumplo con remitir al lector á lo que ya he dicho acerca de este punto.

Hay, en fin, una cuestion, enlazada con la medicina legal, que es la de saber *si la perforacion ha sido causada por una sustancia corrosiva ó simplemente por los progresos de un trabajo patológico, ó si tan solo se ha efectuado durante la muerte del sugeto.* No siendo del caso entrar ahora en la primera parte de esta cuestion, la dejo para cuando se trate de los diversos envenenamientos que pueden ocasionar la desorganizacion del estómago, y entonces espondré los datos que tocante á este punto presta la patología al médico legista.

En cuanto á la distincion que ha de establecerse entre la perforacion que se efectúa *durante la vida* y la que sucede *despues de la muerte*, es, como acabamos de ver, mucho mas fácil de lo que algunos médicos piensan, por no haber atendido debidamente al estado de los órganos inmediatos. Si al rededor de la perforacion hay adherencias con dichos órganos; si estos presentan vestigios de inflamacion, como lo son la supuracion, el reblandecimiento rojo, etc.; si el peritoneo, en fin, está mas ó menos intensamente inflamado, no hay que dudar que la perforacion se ha efectuado durante la vida, aunque uno no haya presenciado los accidentes que deben haber aparecido. Si, por el contrario, no hay mas que un simple reblandecimiento blanco de los órganos cercanos que están en contacto con el líquido quimoso salido del estómago, y si este derrame no ha promovido una inflamacion, principalmente cuando se ha vertido en el peritoneo, hay derecho para tenerle por un resultado de esa digestion de las paredes del estómago, mencionada por los autores citados mas arriba.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la perforacion, y de la rotura del estómago.*

PERFORACION.	ROTURA.
Síntomas precursores *de duracion mas ó menos larga*: dolores epigástricos, náuseas, vómitos, enflaquecimiento, etc.	Síntomas precursores *que duran poco*: abultamiento del epigastrio, ansiedad y esfuerzos inútiles para vomitar.

Viene *sin causa particular.*	Viene en pos de una *especie de indigestion.*
Algunas veces se efectúa de repente y *sin preexistir ningun sintoma.*	Siempre *preexisten los sintomas* precitados.

2.° *Signos distintivos de la perforacion limitada por los órganos contiguos, y de la perforacion con derrame.*

PERFORACION LIMITADA POR LOS ÓRGANOS CONTIGUOS.	PERFORACION CON DERRAME.
Cardialgia violenta.	Dolor *escesivo en el abdómen.*
Muchas veces *vómitos de sangre.*	*No hay vómitos de sangre.*
A veces *desmayos.*	*Escalofrios y frialdad de las estremidades.* Los enfermos se acurrucan bajo las cubiertas de la cama, etc.

3.° *Signos distintivos de la perforacion que se efectúa durante la vida, y de la que sucede despues de la muerte.*

PERFORACION EFECTUADA DURANTE LA VIDA.	PERFORACION CADAVÉRICA.
Adherencias con los órganos contiguos.	*No hay adherencias* con los órganos contiguos.
Supuracion, rubicundez, reblandecimiento, etc., de estos.	Estos no ofrecen mas que un simple *reblandecimiento blanco.*
Inflamacion violenta del peritoneo.	*Estado normal* del peritoneo.
Sintomas de peritonitis ó de *lesiones profundas de los órganos* contiguos al estómago durante la vida.	Muchas veces viene en las *muertes súbitas*; y en el caso contrario, *sintomas de gastritis* aguda ó crónica, que no traen en pos los accidentes violentos inherentes á las perforaciones.

Pronóstico. Inútil parece tratar de establecer el pronóstico de un accidente tan formidable que inevitablemente trae la muerte. Sin embargo, los hechos que hasta el presente hemos estudiado, nos suministran acerca de este punto datos importantes. Vemos desde luego que las perforaciones limitadas por los órganos contiguos son mucho menos graves que las que establecen comunicacion entre la cavidad del estómago y la del peritoneo.

Encontramos en segundo lugar, que si puede efectuarse la perforacion en un punto en que el estómago esté en con-

tacto con la pared abdominal, se forma una fístula que no es inmediatamente mortal.

Finalmente, en vista del interesantísimo documento que nos suministra la observacion de Delpech, resulta que puede no ser inmediatamente mortal la perforacion del estómago, aun cuando se efectúe en la cavidad peritoneal. En efecto, si es poco abundante el derrame, puede ser limitado prontamente por falsas membranas que le transforman, digámoslo así, en un absceso; disposicion que mas adelante encontraremos en las *perforaciones del ciego.*

§. III.—Tratamiento.

Habiendo ya espuesto en los artículos precedentes cuanto concierne al tratamiento de las diversas lesiones que preceden á la perforacion, es inútil volver á ocuparme de él.

¿*Qué conducta debe seguirse cuando hay perforacion*? Tambien entra aquí la distincion de los tres casos ya mencionados.

Si la perforacion está *limitada por un órgano contiguo al estómago*, hay que combatir con *emisiones sanguíneas* y con los demas *antiflogísticos*, la inflamacion mas ó menos profunda de este órgano, é insistir en los medios que se oponen á la úlcera del estómago. Y los casos en que la erosion del órgano secundariamente afectado produce *vómitos de sangre* mas ó menos abundantes, entran en el tratamiento de la *gastrorragia*. (Véase *Gastrorragia.*)

Si há lugar á creer que existe un *derrame poco estenso y limitado por falsas membranas*, como en el caso citado por Delpech, hay que tomar todas las precauciones para librar al sugeto de los accidentes que le amenazan. Es menester someterle desde luego á la *mayor quietud* y á la *dieta mas severa, suprimir las bebidas*, engañar la sed con *hielo* ó con algunas gotas de un *líquido ácido*, y recurrir al tratamiento recomendado por Stokes y Graves contra la peritonitis por perforacion: esto es, al *opio á dósis altas*. Pero en semejante caso es necesario introducir, mediante *lavativas*, el opio en el tubo intestinal; porque lo mas importante es no ingerir ya sustancias en el estómago. Así pues se administrarán con este objeto lavativas en que entren 20, 30, *y aun 40 gotas de láudano*, y se cubrirá el vientre con *fomentos emolientes*, á los que se haya añadido una buena cantidad de vino opiado.

En habiendo reaccion febril manifiesta es cuando principalmente se practican *emisiones sanguíneas*. Las *sangui-*

juelas son en estos casos el medio de que principalmente se echa mano, aplicándolas en bastante número (40, 50 ó 60) al punto mas dolorido de la region abdominal.

Finalmente, *en los casos en que hay una peritonitis sobreaguda* generalizada, tenemos que apresurarnos á echar mano del tratamiento enérgico que comunmente se usa contra esta afeccion; tratamiento del que ahora no me ocupo estensamente, porque tendré que esponerle con todos sus pormenores en uno de los artículos siguientes (véase art. *Peritonitis*).

Por lo demas, se comprenderá que no insisto sobre el tratamiento de la perforacion del estómago, puesto que muchísimas veces es casi inútil, y apenas se nos han dado nociones especiales acerca de él. De otra parte tiene que ser estensivo á este tratamiento lo que diga del de la *rotura del estómago.*

ARTICULO IX.

ROTURA DEL ESTÓMAGO.

Necesariamente tengo que tomar mucho de la Memoria ya citada de Lefevre, ahora que voy á hablar de ese accidente grave de que dicho autor ha recogido los principales ejemplos. Siete observaciones cita, entre ellas una interesantísima recogida por él, y con tales hechos no queda duda acerca de la existencia de verdaderas roturas. En efecto, ya veremos como todo concurre á probar que en estos casos hubo, no una *perforacion* como en los precedentes, sino una solucion brusca de continuidad, producida por una verdadera dislaceracion de los tejidos.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Por fortuna *no es frecuente* en la especie humana el accidente de que se trata: las mas veces le padecen los caballos.

Lefevre espone del modo siguiente, los síntomas observados por los veterinarios en estos animales: En la marcha de la enfermedad podemos reconocer dos tiempos. *En el primero* hay cólicos violentos, y náuseas acompañadas de regurgitaciones, y hay cólicos, eruptos, precedidos de contracciones fuertes con las que el animal trata de alargar el cuello; estado que puede durar muchas horas. *En el segundo tiempo* cambian súbitamente los síntomas: suspéndense los esfuerzos para vomitar; no tira ya el caballo el aparejo; cúbrese su cuerpo de sudor frio; tórnase muy acelerada la

respiracion, y muy frecuente y pequeño el pulso; y si está tendido se levanta y llega prontamente su muerte. Cito esta corta descripcion, porque como se refiere á una rotura indudable del estómago en los caballos, puede servir de punto de comparacion para apreciar los síntomas observados en los racionales.

Veamos ahora en qué circunstancias se efectúan estas roturas, y qué signos originan.

§. II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Habiendo advertido Lefevre que todos los casos cuya historia refiere, pertenecen á individuos del *sexo femenino*, se pregunta á sí mismo si consistirá esta predisposicion en la forma que imprimen al estómago los *corsés muy apretados*. Y aunque es evidente que no hay suficiente número de hechos para resolver cuestion de esta naturaleza, bueno es, sin embargo, anotar dicha circunstancia, que á otros podrá servir para dilucidar la cuestion.

Las personas atormentadas de *epigastralgias* frecuentes, aquellas cuyas laboriosas digestiones vienen acompañadas de un *desprendimiento considerable de gas*, parecen, segun Lefevre, las mas espuestas á esta clase de solucion de continuidad del estómago. Sin que sea nuestro objeto presentar como absolutamente errónea tal asercion, diremos sin embargo, que no se infiere rigurosamente de las observaciones mencionadas por este autor; porque en el mayor número de casos, y con particularidad en las observaciones 2, 3 y 7 de su Memoria, no se observaron esas condiciones particulares.

2.° *Causas ocasionales.*

Tocante á estas causas ya tenemos datos mas precisos. Efectivamente, en todas las observaciones se dice que la comida que precediera á la rotura y á la muerte se compuso de una *gran cantidad de alimentos que las mas veces se digieren difícilmente*, como albaricoques, col, varias frutas y particularmente ciruelas; y precisamente habiendo ya pasado mas ó menos tiempo desde que se tomaron estos alimentos es cuando sobrevinieron desórdenes digestivos muy notables, y que solo pueden atribuirse á una indigestion. Pero tambien puede haber sucedido, como fácilmente se concibe, que haya bastado para producir estos accidentes una disposicion

morbosa, sin necesidad de los alimentos indigestos. En efecto, la *indigestion*, de cualquier modo que se efectúe, es la causa determinante; y por consecuencia, la distension del estómago por los gases y los líquidos, acompañada de mayores ó menores *esfuerzos* para vomitar.

§. III.—Síntomas.

Estos síntomas son de diferente naturaleza, segun que se examina á los enfermos antes ó despues de la rotura.

Síntomas que preceden á la rotura. En el primer caso hay verdaderos síntomas de indigestion, que, como advierte Lefevre, son mas ó menos duraderos segun la mayor ó menor resistencia que opone el estómago. Al principio consisten los síntomas en un *dolor violento* en la region epigástrica, acompañado de *mucha elevacion* en la misma parte y de una sensacion de *pesadez* que, dice Lefevre, la comparan los enfermos á la que resulta de *comprimir fuertemente* la base del torax. En seguida vienen náuseas, y despues *esfuerzos infructuosos para vomitar*, que no terminan hasta que se arrojan cortísimas cantidades de materias mucosas. *No hay evacuaciones alvinas*, y si se obtienen á beneficio de lavativas, se presentan formadas de materias muy trabadas que, como dice Lefevre, parecen el resíduo de digestiones anteriores. Al mismo tiempo viene muchísima *ansiedad* y tal *agitacion* que unas veces se echan los enfermos sobre el vientre, otras sobre el dorso, y ya se revuelcan en la cama, ya se hacen un ovillo y no saben qué posicion tomar. Entonces se ha visto *retraido el vientre* hácia la parte media, motivo por el cual se aumenta la tension del epigástrio. Aunque es fácil la deglucion, casi inmediatamente provoca náuseas y por consiguiente la espulsion de los líquidos que acaban de tomarse, que es lo que se notó principalmente en el caso recogido por el mismo Lefevre. Y por último, un sugeto acusaba la sensacion de un obstáculo que se oponia á que pasasen las bebidas al estómago.

Con todo, es lo comun que haya *sed* muy viva, que por las razones ya espuestas no puede satisfacerse, y en cualquier época de la enfermedad, se halla pálida, ancha y húmeda la *lengua*.

En un estado en que hay tanta agitacion es muy notable que, á no tornarse alguna que otra vez en pequeño y contraido, permanezca el *pulso* con su lentitud y regularidad.

Dicho estado, á modo de las indigestiones comunes, no

es contínuo: tras los accidentes mas intensos se observan momentos de calma poco duradera.

Tales son los síntomas que preceden á la rotura. Fácilmente se conoce que deben durar indeterminadamente, en vista de que no solo depende la solucion de continuidad de la rapidez con que se efectúa la distension del estómago, si que tambien de la violencia de los esfuerzos para vomitar y de la resistencia de los tejidos. Igualmente se comprende que si viniesen los mismos fenómenos en un sugeto cuyo estómago esté ya reblandecido, se efectuará mucho mas pronto la rotura, como efectivamente sucedió en dos casos de los citados por Lefevre.

Síntomas posteriores á la rotura. ¿Cuáles son los síntomas que suceden á la rotura? En nada difieren de los que vienen tras la perforacion, cuando establece comunicacion entre la cavidad del estómago y la del peritoneo, segun vemos en la descripcion siguiente tomada de Lefevre (*loc. cit.*, p. 51): «De dislacerante que era el *dolor* se torna *urente* y *muda de sitio*. El *vientre*, primero *doloroso á la presion*, se levanta, se *timpaniza* y adquiere estremada sensibilidad; entonces están *menos agitados* los enfermos; pero á medida que se pronuncian mas los síntomas de la peritonitis, vienen *nuevos esfuerzos para vomitar*, que tambien son infructuosos. *Tórnase muy frecuente*, pequeño, contraido y miserable el *pulso*; está *fria* la *piel* de las estremidades, y se cubre de un sudor glacial y viscoso; profundamente alterada la *cara* ofrece pintado en ella el terror; los enfermos, en fin, conservando del todo íntegras sus facultades intelectuales, exhalan *gritos lastimeros* que revelan la fuerza de sus dolores. Entonces es cuando en muchas ocasiones espiran pidiendo agua, levantándose ó moviéndose para echarse de otro lado en la cama.»

Se vé, pues, que no hay lugar á error y que puede revelarse con exactitud el momento en que se rompe el estómago y se derraman las materias en la cavidad peritoneal.

§. IV.—Lesiones anatómicas.

La distension considerable del estómago es lo que primeramente llama la atencion entre las lesiones anatómicas. Ella recae principalmente en el fondo mayor, y en el punto correspondiente á la solucion de continuidad, presenta esta cavidad un aspecto infundibuliforme que segun Lenhosseck, es carácter propio de las *perforaciones espontáneas* ó sea de la

rotura; porque así como ya sabemos, este es el nombre que dan algunos autores á la lesion que nos ocupa.

En el vértice de este embudo se encuentra una solucion de continuidad irregular ó mas ó menos circular, pero con la particularidad de que no se corresponden exactamente en la circunferencia las túnicas del estómago, á causa de los diversos grados de retraccion; particularidad por la que distinguimos perfectamente la rotura de que se trata, de la perforacion ulcerosa, en cuya lesion, si bien pueden estar mas ó menos corroidas las membranas, ninguna, sin embargo, aparece mas retraida que las otras. Hay casos ademas en que se hallan en los alrededores, hendiduras, verdaderas rasgaduras de la mucosa, que no son mas que un principio de rotura.

Habiendo Lefevre distendido con una fuerte insuflacion, hasta romperlos, estómagos de cadáveres, encontró en ellos lesiones enteramente parecidas á las recien descritas.

Hay además en las paredes del estómago un adelgazamiento considerable, que está en relacion con el grado de distension que han sufrido. Por lo demas, en las inmediaciones de la perforacion no se perciben, al menos en el mayor número de casos, reblandecidos los tejidos; y aún se puede estirarlos fuertemente sin romperlos.

En cuanto á las materias que todavía quedan en el estómago, hay mayor ó menor cantidad de ellas segun que han podido salir mas ó menos fácilmente por la perforacion; y principalmente consisten en alimentos mal digeridos, que despiden olor agrio y gases en mucha cantidad, que muchas veces se escapan al abrir el abdomen.

Habiendo analizado Lepelletier, farmacéutico de marina, estas materias en un sugeto observado por Lefevre, encontró que la estremada acidez depende de los ácidos siguientes, que están colocados en el órden progresivo de sus proporciones:

«1.°	Acido hidroclórico,	Vestigios.
»2.°	—— hidrosulfúrico,	
»3.°	—— málico,	
»4.°	—— fosfórico,	

»5.° Acido acético principalmente, cuya proporcion puede calcularse al minimum en la quincuagésima parte del peso de las materias, ó en la cuarta parte, segun que se le represente por el ácido mas concentrado ó por vinagre.»

De otra parte, se encuentran en el peritoneo lesiones que probarian hasta la evidencia el haberse efectuado durante la

vida el accidente, á no tenerlo ya demostrado suficientemente los síntomas espuestos mas arriba, ó sean los vestigios de la inflamacion viva que rodea al derrame y se estiende mas ó menos lejos. No indico por ahora estas lesiones, puesto que pertenecen á la peritonitis por perforacion, y he de mencionarlas mas adelante.

Todo, pues, conspira para que adoptemos la esplicacion que da Lefevre de este accidente formidable: las circunstancias en medio de las cuales vienen los síntomas, esto es, la preexistencia de un buen estado de salud, la distension violenta que durante la vida sufre el estómago, la aparicion brusca de los signos de peritonitis, la figura que toma el estómago, la de su perforacion, y los vestigios de la inflamacion peritoneal, no dejan duda alguna acerca de este particular.

§. V.—Diagnóstico y pronóstico.

La lesion con que mas fácilmente puede confundirse la rotura del estómago es *su perforacion*; pero en vista de lo dicho se advierte que están del todo confirmadas las diferencias citadas en el artículo precedente, y así es que no tendré mas que reproducirlas en el *cuadro sinóptico*.

Pero hay perforaciones y roturas de otros órganos que dan lugar á accidentes parecidos, y entonces es difícil el diagnóstico. Con todo, aclararlo pueden el estado anterior de los enfermos, el sitio del dolor, y la manera de estenderse por el abdómen: así es como se conocerá la *rotura de un vaso voluminoso, del bazo*, la perforacion *de la vesícula biliar, etc.* Mas estos son casos particulares que, del mismo modo que las perforaciones *de los intestinos* en la fiebre tifoidea, en la *ulceracion del ciego, etc.*, solo debo ahora mencionar, puesto que he de volver á ocuparme de ellos.

Hay, sin embargo, que decir dos palabras acerca de la *perforacion intestinal* que puede venir *en el curso de una tisis*. Lo mucho que dura la enfermedad que precede á la perforacion, y los síntomas pectorales (tos, esputos, hemotisis, signos suministrados por la auscultacion y la percusion, sudores nocturnos y demacracion) darán á conocer cuáles son las condiciones en que se efectuó la perforacion; y si se puede precisar el punto de partida del dolor, indicará que el intestino, y no el estómago, es el perforado.

Si viniese precedida de una indigestion mas ó menos violenta la rotura de uno de estos últimos órganos, como sucedió en un caso observado por Mesnard (Obs. IV *de la Mem.*

de Lefevre) será casi imposible el diagnóstico: en este caso se creyó que habia una verdadera rotura del estómago, hasta que la autopsia manifestó que la *solucion de continuidad estaba en una vena epiplóica.*

Pronóstico. Tan grave es el pronóstico de esta afeccion, que no se conoce ni un solo ejemplo de curacion. Cuando todavía no hay mas que síntomas de indigestion, no podemos figurarnos que verdaderamente peligra el enfermo, puesto que tantos casos, al parecer idénticos, terminan por simples vómitos y deyecciones alvinas; y cuando se adquiere la certidumbre de que se ha efectuado la rotura, no esperemos conservar la vida del sugeto.

Respecto del pronóstico, compara Lefevre la rotura del estómago que denomina *perforacion espontánea*, con las perforaciones de que hemos tratado, y advierte con mucha razon que es bastante mas grave la rotura.

§. VI.—Tratamiento.

Nada tengo que añadir á lo que ya he dicho acerca del tratamiento de la peritonitis sobreaguda que sobreviene en ciertos casos de perforacion del estómago. Entonces no hay mas enfermedad que la peritonitis, y esta afeccion siempre es idéntica, aunque se efectúe de diferente modo la solucion de continuidad. Con este motivo remito al lector al capítulo precedente.

Pero *¿qué conducta seguirá el práctico antes que se haya efectuado la rotura*, ó sea cuando solo hay síntomas de indigestion violenta con distension del estómago? Ya he dicho que en semejante caso no se diferencian los síntomas muy perceptiblemente de los de una indigestion comun, y de aquí es que las mas veces se creerá que se trata de un caso sin gravedad, prescribiéndose únicamente algunos calmantes y evacuantes. Pero en vez de ser útiles estos medios, pueden, por el contrario, tener funestos resultados, porque pueden no obrar sino aumentando los esfuerzos vanos para vomitar, causa eficiente de la rotura. Por tanto, si hubiese alguna razon para creer que el caso se parece á aquellos de que se trata en este artículo, debemos buscar otros medios de descargar el estómago. En vista de esto, importa recordar los signos que pueden ponernos en el verdadero camino.

Como mas arriba hemos citado los hechos principales, voy á reasumirlos despues de decir dos palabras acerca de la *percusion*, medio que en este caso puede dar algunas luces. En efecto, con él nos es dable comprobar la ampliacion del estó-

mago, cuya corvadura inferior suele descender por debajo del ombligo y formar una prominencia mas ó menos saliente hácia el lado izquierdo; porque en estos puntos y siguiendo la citada corvadura se encuentra un sonido macizo bien perceptible, limitado por el sonido claro que todo alrededor dan los intestinos repelidos, y que se oye principalmente hácia la region epigástrica con motivo de haberse acumulado gases en las partes superiores. Así se comprueba perfectamente semejante estado, sin necesidad de usar el plexímetro, y así podemos reconocer, no solamente que el estómago contiene líquidos y gases, sino calcular tambien aproximativamente la cantidad de estas sustancias.

Por tanto, si fuese escesivo el dolor epigástrico y estremada la ansiedad y agitacion; si estuviese muy abultada la region del estómago y se oyese el sonido macizo que acabamos de indicar; si hubiese, en fin, esfuerzos para vomitar, frecuentes, violentos y sin otro resultado que la espulsion de algunas mucosidades, se deberia recurrir, como recomienda Lefevre, no obstante que no ha tenido ocasion de emplear este medio, á la *bomba estomática*, *y llevarse asi mecánicamente los líquidos contenidos en el estómago.*

Lefevre cree que despues de haber vaciado el ventrículo es útil tambien *lavarle*, como sea posible, con un *cocimiento emoliente*. Sin embargo, aún no está probada la necesidad de esta precaucion; porque sabido es que el estómago, como los demas órganos huecos, recobra fácilmente todas sus funciones en cuanto vuelve á su volúmen normal. Tocante á la inflamacion que pudiera temerse, no es probable que se efectúe, y así es que no tengo por útil emprender un *tratamiento antiflogístico severo*, prescribir *dieta*, *etc.*, como propone Lefevre.

En cuanto al instrumento de que hemos de valernos, se emplea la bomba estomática, medio de que ya volveremos á hablar en el artículo *Envenenamiento*, y le dimos á conocer al tratar de la asfixia por sumersion. Pero importa manifestar, como juiciosamente ha hecho Lefevre, que se puede vaciar el estómago con un aparato mucho mas sencillo, espuesto por Renaut (Tesis; Paris, año X).

Este aparato se compone de una jeringa de bastante calibre, en cuya estremidad se pone una sonda esofágica, gruesa, de goma elástica. Una vez introducida la sonda, se adapta la jeringa y se tira en seguida lentamente del émbolo, que se supone estar en lo hondo del instrumento, de manera que aspire el líquido. Si hay que repetir muchas veces esta ma-

niobra, se deja puesta la sonda, y solamente se saca la jeringa para vaciarla. En vista de tanta sencillez, parece inútil dar resúmen de este tratamiento.

ARTICULO X.

DILATACION DEL ESTÓMAGO.

Si bien es cierto que en muchos casos de cáncer se observan la distension del estómago y la retencion de las materias que contiene, es raro, por el contrario, que se manifieste una dilatacion considerable y permanente en estado de simplicidad, esto es, faltando toda lesion orgánica que pueda esplicar la retencion de las materias y la distension de las paredes. No sé si por esto se deberá dejar la descripcion de tal estado morboso para el artículo consagrado á dicho cáncer, pero yo no lo creo así. En efecto, ya veremos que muchas veces se ha observado la dilatacion del estómago sin que se pudiese esplicar ni por la coartacion ni por la induracion del píloro ó de sus alrededores: entonces llega á ser una enfermedad particular cuya existencia hay que conocerla, así como tambien tenemos que buscar su modo de produccion. Supuesto esto, voy á esponer rápidamente los fenómenos, y presentar los medios usados para remediar los accidentes que semejante estado determina; y en el artículo *Cáncer del estómago* no tendré mas que ver de qué manera nace el mismo efecto de distinta causa, y citar, respecto de los detalles sintomáticos, la descripcion que vamos á trazar.

Ya he dicho que es un hecho raro la dilatacion del estómago sin causa orgánica apreciable; y para convencerse de ello basta considerar que no obstante las numerosas investigaciones que ha hecho acerca de este punto Duplay (*de la Amplificacion morbosa del estómago*, etc.; *Arch. gén. de Méd.* 2.ª série, tomo III, octubre y diciembre de 1833), aun no se conocen sino cuatro casos que se puedan considerar como ejemplos de esta afeccion, y con todo eso es y se ofrecen algunas dudas sobre uno ó dos de ellos. Con todo, Louis (*Recherches sur la Phtihisie*, ed. 2.ª, Paris) comprueba la existencia de esta dilatacion en nueve casos de tisis tuberculosa; y este hecho, en que no se ha fijado debidamente la atencion de los autores, merece de nuestra parte que le mencionemos. Tambien hay que atribuir á la dilatacion los hechos publicados con el título de *hidropesía del estómago, hidrops ventriculi* (obs. de Jodon, referida por Riverio, *op.*

univ.); porque ya veremos como no es admisible la existencia de una verdadera hidropesía de esta víscera.

Causas. Hecha abstraccion de las lesiones orgánicas, muy pocas circunstancias quedan en que podamos ver causas de la dilatacion del estómago. Todas se reducen al *adelgazamiento* considerable de esta víscera, á la *atrofia de sus fibras musculares*, como de ello se ve un ejemplo en una observacion de Andral (*Clin. méd.*, 3.ª ed. tomo II, obs. VII), á la *paralisis del estómago*, admitida en casos que no se podia invocar otra causa, y que se ha comparado á la de la vejiga, y á la *ingestion inmoderada* en fin de sustancias sólidas y sobre todo líquidas, de lo que Percy y Laurent (*Journ. complém.*, tomo I, y *Dict. des Sc. méd.*) refieren ejemplos parecidos á dos casos observados y publicados por Pezerat (*Journ. complém.*, tomo XXV, p. 162), y reproducidos en la Memoria de Duplay (obs. V y XXII). Por último, hay que contar entre estas el *aumento* de volúmen del hígado, órgano que, repeliendo hácia abajo el estómago, le pone en condiciones favorables para su dilatacion. En efecto, Louis (*loc. cit.*) prueba que en los dos solos casos en que la dilatacion del estómago sobrevino en afecciones crónicas que no fuesen la tisis ni el cáncer, fué precisamente cuando se encontró muy aumentado de volúmen el hígado, como en los casos de tisis.

Entre estas causas no cuento la adherencia del estómago á los órganos próximos, y principalmente al hígado, porque de ningun modo está probado que en semejante caso dejase de haber lesion orgánica capaz de esplicar la dilatacion.

Síntomas. Para describirlos, se vale Duplay indiferentemente del análisis de los casos en que habia lesion orgánica y de los que fueron simples. Mas yo creo que no debo imitar este ejemplo, puesto que he de examinar la cuestion no de un modo tan general.

La *pesadez* de la region epigástrica, principalmente despues de las comidas ó de tomar mucha cantidad de líquidos, es síntoma que constantemente se ha observado, y acaso del que mas se quejen los enfermos. Tambien se han presentado verdaderos *dolores*, pero *sordos*, que ocupaban toda la region. Así sucedió en un sugeto cuya historia refiere Duplay (obs. IV, *de su Memoria*), y en el que por la autopsia se encontró sano el píloro. Pero nunca han venido esos dolores vivos que se manifiestan en la *dilatacion brusca del estómago*, sobre todo en la que precede á la rotura. (*Véase el artículo precedente.*)

A veces hay *náuseas* aunque casi nunca hasta el momento en que está muy distendido por los alimentos y bebidas el estómago y en que bien pronto se vomitará. El *vómito*, síntoma que se ha presentado en todos los casos, varía, asi como lo advierte Duplay, en las diversas épocas de la enfermedad, y es mas frecuente en los primeros tiempos, sin duda á causa de la mayor facilidad con que se contrae el estómago, cuya accion no ha sido aún destruida del todo por una dilatacion enorme. Las *materias vomitadas* merecen particular atencion. En ningun caso en que se haya comprobado la simplicidad de la dilatacion, se han notado los vómitos negros ó sanguinolentos que frecuentemente encontraremos en el cáncer: los materiales vomitados han sido alimentos mas ó menos mal digeridos, bebidas y mucosidades, por lo comun en gran cantidad. Hubo un sugeto que se quejaba del sabor amargo de las materias vomitadas y tambien tenia eruptos ácidos. Cuando se trate del *cáncer del estómago* volveremos á citar el hecho de que en los mismos casos en que venian los vómitos despues de la comida, no se vomitaban los alimentos recien tomados; hecho que, á pesar de no prestarse casi á ninguna esplicacion, no por eso deja de estar comprobado. Titilándose la campanilla algunos enfermos, se provocan por sí mismos esos vómitos que los alivian descargándoles del peso incómodo que sienten en la region epigástrica.

La *figura del vientre* cambia poco á poco á medida que progresa la enfermedad. Primeramente se eleva el abdomen al nivel del ombligo, despues mas abajo, y llega, en fin, á aumentar tanto de volúmen, que toma la forma de unas alforjas, como se vió en un caso citado por Duplay, y con otros muchos que bajo el nombre de *polifagia* refieren los autores. Tales son en general los cambios que sufre el abdomen; pero si se quiere mas precision examínese esta region antes y despues de vomitar. *Antes del vómito* está en su máximun la elevacion de que hablo, y entonces es cuando tiende el vientre á caer sobre la parte superior de los muslos: despues del *vómito*, se reduce notablemente el volúmen de esta cavidad, y quedan mas ó menos flácidas sus paredes cuando han estado muy distendidas.

Practicando la *palpacion*, cuando está distendido el estómago, se advierte un tumor poco resistente, mal circunscrito, que, partiendo del hipocondrio izquierdo, se dirige hácia la espina ilíaca del mismo lado, para subir de aquí al hipocondrio derecho. Louis ha tenido ocasion de ver que habien-

do llegado la corvadura menor por debajo del ombligo, formaba un arco de círculo bastante estenso para ir de uno á otro hipocondrio. Verdad es que en los casos observados por este autor se trataba de verdaderos cánceres del estómago; pero como sucede lo mismo en aquellos que no reconocen por causa una lesion orgánica profunda, se les puede aplicar dicha observacion. Fácil es de esplicar esta disposicion anormal de las partes, si se atiende á que estando fijo el estómago por sus dos estremidades, cardíaca y pilórica, la parte media es la única que obedece al peso y sufre la dislocacion de que hablo.

Cuando hay mucha distension, se puede conocer *á simple vista* el estado del estómago cuya prominencia conserva al través de las paredes del abdomen la figura primitiva del órgano. Estos signos desaparecen en parte despues de un vómito abundante, para volver á manifestarse prontamente.

La *fluctuacion*, signo que tambien importa descubrir, resulta fácilmente del *traqueo*, por lo mismo que el estómago contiene líquidos y gases. Oscuro unas veces y evidente otras, viene muy á menudo acompañado de un ruido de *gorgoteo* ó de *clo clo*, tan sensible para el enfermo como para el médico. Sugetos se han visto que podian producir este fenómeno por la simple contraccion del abdomen; y los mas lo oyen cuando hacen movimientos algo rápidos, principalmente cuando estando acostados, se vuelven brúscamente. No obstante que ni siquiera se ha pensado en practicar la *sucusion*, es mas que probable que produzca el mismo fenómeno que en los casos de *hidro-neumo-torax*.

Algunos sugetos esperimentan una sensacion particular que merece darla á conocer, y consiste en que en el acto de tomar líquidos los sienten *bajar profundamente* hasta cerca de la pequeña pelvis; fenómeno que principalmente se percibe estando las bebidas á una temperatura muy baja. Tanto estos signos como los precedentes y los que espondremos, desaparecen en parte despues de los vómitos abundantes; cosa que apenas necesitamos decir, si se atiende á que todos dependen de la mayor ó menor cantidad de materias acumuladas, pero que no ha de perderse de vista puesto que es notabilidad importante para el diagnóstico. Si se quiere hacerlos mas visibles se dará cierta cantidad de líquido; pero este medio, de que tanto se ha abusado en esperimentos acerca de la percusion, dista mucho de ser indispensable, pues que bien pronto hemos de ver venir todos estos fenómenos siguiendo su curso la enfermedad.

La percusion puede sernos muy útil para reconocer semejante estado del estómago. Encuéntrase hácia el epigastrio ó hácia el ombligo, en razon de lo que ha bajado la gorvadura menor, un sonido claro que resulta de la presencia de los gases en la parte superior, y el nivel del líquido despues á una altura que varía segun la abundancia de las bebidas que se han tomado. Este nivel, transversal cuando el enfermo se sienta, da el sonido humoral que resulta del contracto de gases con líquido, y es, como sabemos, algo argentino y parecido al que se efectúa aproximando las dos palmas de las manos de manera que quede algun aire en el espacio intermedio, y dando un golpe seco en la rodilla con el dorso de una de ellas. Viene, en fin, el sonido mate debido á la presencia del líquido, que se estiende hasta abajo y puede dar á conocer la corvadura mayor cuando no llega á la pequeña pelvis.

Variando el enfermo de postura, resultan cambios que tambien revela la percusion. Si se acuesta de espaldas, aumenta de estension el sonido claro, porque los gases se dirigen hácia la pared anterior del abdomen; cuando se echa del lado izquierdo, se oye el sonido claro en el hipocondrio ó en el vacío derecho, y el nivel del líquido está oblícuo de arriba abajo y de derecha á izquierda; y cuando se echa del lado derecho, aparece lo contrario. Practicando así la percusion, se puede seguir los progresos del acúmulo del líquido; pero no es en realidad necesaria en el exámen precision tan minuciosa, siendo mas que suficientes los demas signos para dar á conocer las variaciones y los progresos de la afeccion.

Tales son los síntomas locales: en cuanto á los que proceden de puntos mas ó menos distantes ó son puramente funcionales, hay que decir que son muy pocos ó se refieren á una accion orgánica profunda, de lo que solamente es resultado la ampliacion morbosa del estómago: esto es, al cáncer.

Si no consideramos mas que los casos en que ha sido simple la enfermedad, veremos que nada de particular tiene el *estado de la lengua*, ó, mejor dicho, que es normal; y que por lo comun está aumentado el *apetito*, y aun algunas veces muchísimo, como se observó en los casos de *polifagia* de que nos han dado ejemplos los autores ya citados.

En los casos de que se trata no se resiente mucho el *estado general*, no obstante que como podemos juzgar por las observaciones, no hay relacion ninguna entre la enorme cantidad de alimentos que tomen ciertos sugetos y la salud

de que disfruten: se hallan con una especie de *languidez ó* mas bien de *entorpecimiento*, que anuncia lo laboriosas que son las digestiones.

Cuando se repiten con mucha frecuencia los vómitos, se hacen mal las *digestiones*, hay *constipacion* pertinaz, y viene una *demacracion* manifiesta. Pero es raro, sin embargo, que sucumban los enfermos á esta afeccion en estado de simplicidad; y aun puede decirse que no hay ningun hecho auténtico que pruebe que por sí misma haya causado la muerte. En los casos citados se han encontrado alteraciones de otros órganos y en particular del corazon y de los pulmones, que dieron cuenta de la terminacion fatal.

§. I.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

La enfermedad *marcha* lentamente, y al principio casi no llama la atencion de los enfermos. La pesadez epigástrica y la dificultad de las digestiones, son efectivamente los únicos síntomas que traen bastante fecha; pero venciéndose poco á poco la contraccion del estómago, se acumulan las materias en mayor ó menor abundancia, y pasando con dificultad por el píloro, vienen los vómitos y toma la afeccion un aspecto sério.

Marchando así la enfermedad, está en relacion con los cambios de forma y volúmen del estómago; y, como advierte Duplay, el acúmulo de las materias, que primeramente no era sino un simple resultado de la diminucion de contractibilidad del estómago, acaba constituyendo por sí mismo uno de los obstáculos mas poderosos y por consecuencia, una de las causas mas eficaces de la ampliacion.

La *duracion* de la enfermedad es incalculable, ó por lo regular siempre muy larga.

En cuanto á su *terminacion*, mas arriba hemos visto que casi no puede atribuirse á la dilatacion del estómago en sí la muerte de los enfermos, y, por otra parte, Duplay cita algunos casos de curacion que serán mencionados en el artículo tratamiento: nueva prueba de que hay que distinguir cuidadosamente la dilatacion simple del estómago, de la que procede de una lesion orgánica, porque se diferencian en gravedad, y ni con mucho tienen la misma importancia para el práctico.

§. II.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas de la ampliacion morbosa del estómago, tal como la he descrito, son muy sencillas. Primera-

mente se encuentran los cambios de volúmen y forma que durante la vida podíamos distinguir al través de las paredes abdominales: ambos orificios del estómago se han aproximado, y la víscera está realmente suspendida de sus dos estremidades, mas ó menos estiradas; la corvadura menor, que está formando un arco de círculo mucho mas estrecho, baja por debajo del ombligo y la mayor ocupa bastante espacio de las fosas ilíacas de la grande pelvis; resultando de aquí que queda casi completamente oculto el epiploon, y que estando mas ó menos comprimidos los intestinos, se encuentran escondidos tras la bolsa enorme formada por el estómago. En cuanto á las paredes de este, se han presentado adelgazadas, transparentes y faltas de fibras musculares en los alrededores del píloro, á causa de haberse estas desviado ó de estar detenidas: en el primer caso es algo dudosa la naturaleza de la enfermedad, y se puede creer, así como ya ha sucedido, que no es simple la ulceracion. Mas adelante espondré en pocas palabras las diferencias que hay de lesiones anatómicas entre los casos de dilatacion simple y de dilatacion procedente del cáncer. La cavidad del estómago contiene materias acumuladas, por lo comun en gran cantidad; que son, así como se ha observado en casos de polifagia, alimentos mas ó menos alterados por la digestion, líquidos, mucosidades y á veces cuerpos estraños, como chinas, yeso, y diferentes instrumentos, como cuchillos, cucharas, etc.

§. III.—Diagnóstico y pronóstico.

Célebres en la ciencia son algunos errores que se citan de diagnóstico. En el siglo pasado se admitió la existencia de un *embarazo*, cuando no habia mas que ampliacion morbosa del estómago: en otro caso se practicó la puncion creyendo que se trataba de una *ascitis* (Chaussier, *Memoria acerca de las funciones del grande epiploon*, *Mém. de l' Acad. de Dijon* 1774). Pero, fácilmente se evitarán hoy en dia estos errores; y aun inútil parece establecer el diagnóstico del embarazo y de la enfermedad que nos ocupa: la existencia del tumor en la parte media é inferior del vientre, cuando hay embarazo, su consistencia, y su convexidad superior; la falta de todo cambio por la dislocacion, los latidos del corazon del feto y el ruido placentario descubiertos por la auscultacion; y la esploracion, en fin, del cuello, son signos mas que suficientes para destruir toda causa de error.

Alguna mas atencion merece el diagnóstico diferencial de la dilatacion del estómago y de la *hidropesía ascitis*. Pero si

en ambos casos se oye un sonido claro por encima del ombligo, macizo, hácia las partes declives, y en ambos hay tambien fluctuacion mas ó menos manifiesta, y en un exámen superficial se puede creer que el vientre tiene casi la misma figura, hé aquí, sin embargo, cómo pueden distinguirse estos dos estados morbosos. En la ascitis se oye primeramente en el hipogastrio y en los vacíos el sonido macizo debido á la presencia del líquido; al paso que en los casos de dilatacion del estómago ocupa primitivamente la parte media del abdomen, y con la percusion se puede dar por debajo de la corvadura mayor el sonido propio de los intestinos. Ademas, el nivel del líquido es transversal, y no sigue una curva de concavidad superior como en los casos de ascitis. Tales son los signos por los que se distinguen suficientemente estas dos afecciones, cuando no está muy distendido el estómago, y aun no ha llegado hasta la pelvis su corvadura mayor.

En el segundo caso hay que observar atentamente la figura del vientre: se puede, en efecto, conocer la del estómago por la palpacion ó á la simple vista; se sigue la resistencia ó la elevacion formada debajo del ombligo por la corvadura menor, y despues se ven en ambos vacíos y en el hipogastrio, unas como abolladuras formadas por el órgano distendido, de las que la mas saliente corresponde á la tuberosidad mayor del estómago. Hemos dicho ademas que en los casos de dilatacion gástrica se determina el traqueo, el ruido de gorgoteo ó de clo clo, y este fenómeno no se observa en la ascitis, donde por el contrario es mucho mas manifiesta la verdadera fluctuacion. En fin, el estado de las partes, y este es el punto mas importante, despues de los vómitos, ilustra al médico hasta el punto de no dejarle duda ninguna.

Todos los síntomas locales se disipan en parte despues del vómito, que es uno de los caractéres de la dilatacion del estómago; al paso que en la ascitis, ó no hay vómitos, que es lo mas comun, ó, si vienen, nada influyen en el estado del abdomen. Por último, tambien puede conocerse mediante la percusion, el volúmen y la posicion del estómago en la ascitis, por los dos sonidos macizos que dá, causado el uno por el líquido contenido en el estómago, y el otro por el que encierra el peritoneo, y entonces no hay ya lugar á la menor duda.

Quédanos, pues, ver si podemos distinguir los casos en que es simple la dilatacion, de cuando procede de un cáncer del estómago; pero dejaremos este diagnóstico diferencial para el artículo siguiente, donde tenemos que estudiar los síntomas del cáncer.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

Figurándome que no hay necesidad de repetir lo que he dicho al tratar de la dilatacion del estómago y del embarazo, porque en la actualidad se distinguen fácilmente semejantes estados, únicamente voy á esponer los principales caractéres diferenciales de esta dilatacion y de la ascitis.

Signos distintivos de la dilatacion del estómago y de la hidropesía ascitis.

DILATACION DEL ESTÓMAGO.	ASCITIS.
Cuando está poco adelantada la afeccion se oye aún el *sonido intestinal debajo de la corvadura mayor.*	Sonido *macizo en el hipogastrio* y en las fosas ilíacas.
En una época mas avanzada se puede *percibir la corvadura menor* debajo del ombligo, ó distinguir su elevacion.	No hay *ninguna eminencia circular* parecida á la de la corvadura menor.
Varias elevaciones debidas á la distension del estómago.	Desarrollo *uniforme* del vientre.
El traqueo produce el ruido de *gorgoteo* ó de *clo clo*, y fluctuacion, *obscura* por lo comun.	*No hay ruido de gorgoteo* ni de *clo clo*; pero sí fluctuacion *evidente*, como no medien circunstancias particulares.
Vómitos seguidos de *disminucion mas ó menos notable* de los síntomas locales.	En la ascitis, ó *no hay vómitos*, ó, si vienen, no ejercen *ninguna influencia en el estado del abdomen.*

Pronóstico. Aunque resulte de lo dicho al hablar de la terminacion de la enfermedad que no es muy grave en sí, puede concebirse, sin embargo, que llegue un momento en que tan dilatado esté el estómago que ya no sea posible oponerle remedio alguno. Pero, en igualdad de circunstancias, la ampliacion menos grave es la que resulta de la ingestion de alimentos ó bebidas en muchísima cantidad; pues como ya veremos, en semejante caso se ha curado con bastante facilidad el accidente.

§. IV. — Tratamiento.

Abstinencia de alimentos y bebidas. La abstinencia mas ó menos prolongada, y seguida con perseverancia, estableciendo

un género de vida sóbrio y regular, es el tratamiento que mejor ha triunfado de esta dolencia. Curiosísimo es el hecho que cita Pezerat y puede venir en apoyo de este aserto. Trátase de una mujer de treinta años cuyo vientre tenia el volúmen propio del embarazo mas adelantado, en la que, examinada atentamente, se reconoció una ampliacion morbosa del estómago procedente, por lo que nos dijo, de que la enferma tomaba todos los dias mas alimentos que los necesarios para mantenerse dos ó tres cavadores, contentándose con aquello porque no tenia mas á su disposicion. Pues con solo quince dias que estuvo la enferma á media racion, hubo bastante para restituir el estómago á su estado normal, y en seguida se vió libre de su enfermedad mientras vivió sóbriamente, pero repitiéndole los mismos síntomas siempre que quiso satisfacer todo su apetito. En otro caso, citado por el mismo autor, en que la enfermedad parecia haber sido determinada por la costumbre de beber muchísimo, se disipaba en gran parte la ampliacion morbosa del estómago desde que el enfermo disminuia la cantidad del líquido, y reaparecia en cuanto volvia á los hábitos que no quiso abandonar. Resulta, pues, que la abstinencia de sólidos y líquidos es el medio que merece ser recomendado; pero, no hay que poner de pronto á dieta severa á los enfermos, porque ciertamente no podrian soportarla.

Escitantes y tónicos. El supuesto estado de debilidad gástrica induce á recurrir á los *escitantes* y á los *tónicos*, y á prescribir, por tanto, estracto de *quina* en corta cantidad, infusiones aromáticas, particularmente la de *salvia*, *alcohólicos*, y *ferruginosos*, entre otros el carbonato de hierro á la dósis de 20 granos á una dracma, y los *amargos*, en fin, tales como la infusion de lúpulo, de centaura menor ó de genciana. No se crea, sin embargo, que podemos emplear indiferentemente estos medios, cuyo grado de valor aun no está determinado: en un caso observado por Guyot vemos que todos los accidentes se agravaron por el vino y los demas alcohólicos, mientras que probaron bien las sustancias dulces; aunque es verdad que en este caso no está perfectamente demostrado si habia una dilatacion simple ó un cáncer del estómago.

Purgantes. Se han usado estos medicamentos con el doble objeto de evacuar por los intestinos las materias acumuladas en el estómago, y de vencer al mismo tiempo la constipacion, síntoma comun de la enfermedad que nos ocupa. Con todo, hasta ahora está sin resolver, por falta de prue-

bas, si con este medio se ha logrado el fin propuesto.

Estricnina. En los casos que se ha supuesto una verdadera paralisis del estómago, se administró la estricnina, de cuyos efectos nada podremos decir de positivo porque hasta ahora se cuentan poquísimos ensayos. En uno de los casos observados por Duplay, que se prescribió este remedio, no se pudo continuar con él hasta que produjese resultados evidentes, por haber querido el enfermo salir del hospital. Como quiera que sea, en tales casos se puede administrar en píldoras la estricnina, principiando por dar diariamente una décima parte de grano, para aumentar, si acaso, gradualmente la dósis cada dos ó tres dias, pero sin pasar de ocho ó diez píldoras.

Tambien se puede aplicar un vejigatorio á la region epigástrica, y curarle diariamente con una dósis de 1/5 á 3/5 ó 4/5 de grano de estricnina pulverizada.

Vomitivos. Bien se puede decir que en los vómitos provocados artificialmente hay un medio paliativo, si atendemos á que despues de tener uno copioso, sentian tanto alivio los enfermos que las mas veces no dudan en procurársele titilando la campanilla para vomitar. Administrando un vomitivo cuando llega al sumum el acúmulo de materias, se disipan desde luego los accidentes principales, pudiendo recurrirse en seguida á los medios ya indicados.

Régimen. Hay en fin que prescribir un régimen compuesto de alimentos nutritivos bajo el menor volúmen posible, y, por lo tanto, formarán la base de él los asados de carnes negras. En el caso de ponerse el vientre voluminoso y flácido, será útil una faja elástica, porque sostiene á los órganos ejerciendo en ellos una compresion suave.

En tratamiento tan sencillo es inútil dar prescripciones, y bastará el resúmen para recordar al lector los principales medios de que haya de usar.

Breve resúmen del tratamiento.

Disminuir notablemente la cantidad de los alimentos y de las bebidas, escitantes ligeros, tónicos, ferruginosos, amargos, purgantes suaves, estricnina, vomitivos y régimen.

FIN DEL TOMO QUINTO.

ÍNDICE

de las materias contenidas en este tomo.

Páginas.

FIN DEL INDICE.

COLECCION

De las mejores obras de Medicina, Cirujía, Farmacia y ciencias auxiliares.

Los **médicos, cirujanos y farmacéuticos** españoles hallarán en EL TESORO DE LAS CIENCIAS MÉDICAS cuantas obras de mérito vean la luz en el estranjero y algunas originales; pudiendo reunir en poco tiempo y *con muy corto dispendio* una BIBLIOTECA SELECTA.

Tambien la juventud estudiosa encontrará en ella cuantas OBRAS ELEMENTALES se publiquen de reconocida utilidad, así como los mejores MANUALES Ó COMPENDIOS.

OBRAS PUBLICADAS.

VALLEIX. — *Guia del médico práctico*, tomos 1, 2, 3 y 4.
MARCHESSEAUX.-*Anatomia general*, un tomo.
SOUBEIRAN. —*Nuevo tratado de farmacia teórico-práctico*, tomo primero.

OBRAS EN PRENSA.

BERZELIUS—*Tratado de química*, 12 tomos.
VALLEIX.—*Guia del médico práctico*, 7 ó mas tomos.
CHELIUS.—*Tratado de Cirujía*, 4 tomos.
FOY.—*Manual de Higiene*, un tomo.
MALGAIGNE.—*Medicina operatoria*, 2 tomos.
HARDY Y BEHIER.—*Patologia general*, 2 tomos.
RILLIET Y BARTHEZ.—*Enfermedades de niños*, 6 tomos.
FABRE. — *Enfermedades de mujeres*, 4 tomos.
MULLER.—*Fisiología*; y otras varias obras.

El TESORO se publica por tomos en 8.º prolongado de 320 páginas ó mas si fuese necesario, y letra compacta. Cada tomo cuesta por suscricion DOCE REALES en Madrid y CATORCE en las provincias. El que se suscriba á la coleccion entera recibirá un tomo *gratis* cada *doce* que se publiquen.

Se suscribe en Madrid en la librería de su Editor D. IGNACIO BOIX, calle de Carretas, y en las principales librerías de las provincias.

Tesoro de las Ciencias Médicas.

GUIA DEL MÉDICO PRACTICO,

ó resúmen general

DE PATOLOGIA INTERNA

Y DE TERAPEUTICA APLICADAS.

POR P. L. I. VALLEIX,

Médico de la oficina central de los Hospitales de Paris miembro de la Sociedad médica de observacion y de la Sociedad anatómica, etc.

Traducida al castellano por los Doctores

DON FRANCISCO ALONSO

Y

DON SERAPIO ESCOLAR.

TOMO SESTO.

Madrid:

IMPRENTA Y LIBRERIAS DE **D. IGNACIO BOIX**, EDITOR.

CALLE DE CARRETAS NUMERO 27.

1846

TESORO

DE LAS CIENCIAS MÉDICAS,

GUIA DEL MEDICO PRACTICO.

VI.

Barone. de Merida

GUIA DEL MEDICO PRACTICO

Ó RESUMEN GENERAL

DE PATOLOGIA INTERNA

Y DE TERAPEUTICA APLICADAS.

POR F. L. I. VALLEIX,

Médico de la oficina central de los hospitales de Paris, miembro de la Sociedad Médica de Observacion, y de la Sociedad Anátomica, etc.

TRADUCIDA AL CASTELLANO

POR EL DOCTOR DON FRANCISCO ALONSO,

profesor agregado de la facultad de medicina de esta corte,

Y DON SERAPIO ESCOLAR,

médico de los Hospitales Generales.

TOMO SESTO.

Madrid:

IMPRENTA Y LIBRERIAS DE D. IGNACIO BOIX. EDITOR.
Calle de Carretas, número 27.
1846.

GUIA

DEL

MEDICO PRACTICO.

LIBRO TERCERO.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS DIGESTIVAS.

CONTINUACION.

ARTICULO XI.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

Hasta la época en que se principió á cultivar con esmero la anatomía patológica, fueron infructuosos casi todos los trabajos acerca del cáncer del estómago: lo poco que antes se sabia de esta afeccion, se esponia en los artículos consagrados á las alteraciones funcionales de este órgano. Sin embargo, cuando los estudios de los modernos han dado á conocer perfectamente la afeccion cancerosa, se la han podido considerar como de esta afeccion, algunas observaciones aisladas que se encuentran en Schenkius, Forestus, Zacutus Lusitanus, etc. Posteriormente reunió Morgagni (*de Causis et sed. Morb.*) un número crecido de casos de cáncer del estómago, descritos principalmente respecto de los accidentes de anatomía patológica, si bien incompletamente aun bajo de este aspecto. Desde fines del siglo pasado se han consagrado á esta enfermedad infinitas disertaciones, memorias especiales y monografías, entre las que merece particular atencion la de Pezzold (*Von der Verhart. und Vereng. des unt. Magenmundes*; Dresde, 1787), la de Blanchard (*De difficili aut impedito alim. e ventr. in duod. progres.*; Lugd. Batav., 1787), la de Chardel (*Monogr.*

des dégénér. squir de l' est.; París, 1808), y la de Prus (*Rech. nouv. sur la nat. et le trait. du Canc. de l' est.;* París, 1828), que es una de las mas recientes. Además, tenemos que en estos últimos años se ha progresado mucho en la anatomía patológica del cáncer, como podemos juzgar por los diferentes artículos que ocupa esta materia. Y el estado de la membrana muscular, que no habia fijado suficientemente la atencion de los autores, fué examinado especialmente por Louis (*De la hipertrofia general de la membrana muscular del estómago en el cáncer del píloro. Rech. Anat.-pathol.*; París, 1826).

Aunque no faltan, como vemos, materiales para estudiar el cáncer del estómago, creo sin embargo que debo recurrir á observaciones particulares para describir completamente la enfermedad: porque bien sabido es que quedan infinidad de puntos oscuros, muchos que han promovido discusiones bastante acaloradas, y otros respecto de los cuales no se han esplicado los autores con la debida precision, y que en todos ellos se necesita para dilucidarlos analizar hechos. A fin de esparcir alguna claridad por todos estos puntos, he recogido un buen número de observaciones, entre las que hay treinta y tres que me ha cedido Louis, sometidas á un análisis tan rigoroso, que tendremos suficiente cantidad de hechos para resolver las cuestiones importantes. No he retrocedido en presencia de semejante trabajo, porque me parece que en los artículos relativos al cáncer del estómago no se ha hecho muchas veces mas que repetir lo que ya estaba dicho, y porque han servido muchas veces de base observaciones incompletas ó pobremente comentadas.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Bastante difícil parece dar, sin prévia discusion, una definicion rigorosa de la enfermedad que nos ocupa, cuando se han emitido tantas opiniones contradictorias acerca de la naturaleza del cáncer en general, y del del estómago en particular, y sin embargo creo decir, ateniéndome á los hechos que he estudiado, que el cáncer del estómago consiste en *una degeneracion específica* de las paredes de este órgano, degeneracion que engendra todos los síntomas de la dolencia. Ocasiones, y no pocas, tendré en adelante de discutir esta proposicion y demostrar su exactitud.

En vez de los nombres *carcinoma ventriculi*, *escirro del estómago*, *hipertrofia*, *fungus*, *degeneracion carcinomato-*

sa, etc., con que se describiera el cáncer del estómago, se han adoptado en el dia generalmente las palabras *cáncer* y *carcinoma*.

El cáncer es una de las afecciones crónicas que se encuentran con *mayor frecuencia*, y de las cancerosas que *mas veces* se ofrecen á la observacion; porque ella es la mas frecuente despues del cáncer del útero. En efecto, de las investigaciones de Louis resulta que el cáncer del útero es dos veces mas frecuente que el del estómago; pero que á su vez tiene este la misma superioridad de frecuencia sobre el del hígado, que se encuentra muchas mas veces que los restantes. Hay tambien que advertir que el cáncer del hígado viene consecutivamente al del estómago, y que así crece considerablemente dicha proporcion.

§. II.—Causas.

Mucho distan de ser rigorosas las investigaciones que se han hecho acerca de las causas del cáncer del estómago. Las mas veces no se ha pasado de indicar lo que se observára en algunos casos, mas bien que sentar las conclusiones que resultan de examinar todos los hechos observados. En este párrafo voy á dar el resultado de las investigaciones particulares de que he hablado, y en él presentaré tambien las principales aserciones de los autores.

1.° *Causas predisponentes.*

Entre las causas predisponentes no hay ninguna mas conocida que la influencia de la *edad*: todos los autores dicen, y efectivamente resulta de las observaciones, que es rarísimo observar el cáncer del estómago antes de la pubertad y despues de los setenta años. En los casos recogidos por Louis se calcula por término medio en cincuenta años la edad de los sugetos, ninguno tenia menos de los treinta y cinco, y muy pocos pasaban de los sesenta; y en las observaciones que yo he recogido se encuentran casi las mismas edades que en los casos de Louis, si bien es verdad que los hombres eran mayores que las mujeres, pues que los primeros contaban por término medio cincuenta y nueve años y dias, y cincuenta y dos y una fraccion las segundas. En cuanto á los límites de la edad, solamente encontramos un sugeto del sexo masculino que tenia veinte y cinco años, y de aquí para abajo ninguno; pero entre veinte y nueve de que se compone este estado, tres tenian mas de setenta años, y uno de ellos contaba ochen-

ta. Cifras son estas que pueden servir para una estadística mas completa, por la exactitud con que se han observado los hechos. Cítanse, sí, algunos de cáncer en individuos de mucha menos edad; pero estos hechos son sumamente raros, y han de tenerse por del todo escepcionales. En resúmen, de los cincuenta á los setenta años es cuando mas frecuentemente se encuentra el cáncer, como tambien lo puede probar el que en las observaciones que he recogido suministra veinte casos entre veinte y nueve, ó sea mas de dos tercios, este período de la vida.

No se halla tampoco menos determinada por los hechos la influencia del *sexo*: todos los autores que han recogido observaciones notan que los hombres están mas sujetos al cáncer del estómago que las mujeres; y de los treinta y tres casos que yo he reunido, veinte pertenecen al sexo masculino y trece al femenino. Mas, si bien confirma este resultado la opinion de los autores, prueba tambien con muchas otras estadísticas de hechos, que ha estado muy exagerado Barras (*Précis. analyt. sur le Cancer de l' estomac.*, etc.; París, 1842) al decir que casi todos los cánceres del estómago recaian en los hombres.

¿Hay algunas otras causas predisponentes cuya influencia esté bien probada? Nada de positivo nos dicen las observaciones publicadas. Y primeramente, respecto á la *constitucion*, vemos en los hechos que he recogido que durante una época de la vida, y muchas veces por largos años la conservaron vigorosa casi todos los individuos, y aun muchos afirmaban que anteriormente á la afeccion gástrica que les traia al hospital, nunca habian estado enfermos. Resulta, pues, que en la constitucion no encontramos ninguna predisposicion á esta enfermedad.

A pesar que nada refieren las observaciones acerca del *temperamento* de los enfermos, se ha dicho, y Chardel (*loc. cit.*) es quien insiste mas sobre este punto, que el temperamento linfático predispone á la afeccion que nos ocupa. Bien se conoce que para emitir nuestra opinion necesitamos noticias muy precisas tocante al estado de los enfermos antes de desarrollarse el cáncer, y justamente carecemos de ellas.

Muchísima influencia se ha concedido á las *costumbres higiénicas*, y principalmente á la *alimentacion* habitual del enfermo; pero es de notar que los que así se producen son los que de una parte miran los irritantes de la mucosa gástrica como una de las causas mas poderosas de la gastritis, y de la otra pretenden que el cáncer es un simple efecto de

gastritis prolongadas. En el artículo *Gastritis* he manifestado lo que debia pensarse respecto á este modo de nacer la inflamacion, y ahora vamos á ver si su influencia está tan bien demostrada como creen los autores á que me refiero.

Si bajo este punto de vista examinamos los hechos que he recogido, sacamos en claro que dos sugetos solamente tenian la *costumbre de beber alcohólicos* en muchísima cantidad, en tanto que no tenian este vicio los demas, y que de cuatro se sabe positivamente que de ningun modo habia existido esta causa: entre otros habia dos sugetos que nunca ó poquísimas veces faltaron á su *sobriedad habitual*. Y en vista de esto, ¿quién no conoce que Broussais se ha dejado llevar de ideas enteramente teóricas en cuanto que el abuso de *bebidas alcohólicas*, y principalmente del *aguardiente*, sea la causa mas poderosa del cáncer del estómago?

Otros autores, por el contrario, creen que puede tener su parte en la produccion de la enfermedad, una *alimentacion de mala calidad*, poco sustanciosa y pobre; pero aunque sea posible el hecho, aún está sin demostrar. En las observaciones que he reunido no se hace mencion de estas circunstancias, y solamente en dos casos se dice esplícitamente que era buena la alimentacion. Pero ¿tendrán una influencia real la miseria y *toda clase de privaciones*? Cuestion es esta en la que tampoco podemos decidirnos por la afirmativa; porque nadie ignora que no es raro observar cánceres en las clases mas elevadas de la sociedad, lo mismo que en las mas inferiores, y aquí se reduce todo á una cuestion de proporcion, que sin embargo no podemos plantear. Así es que tenemos por hipotético todo cuanto se ha dicho acerca de este particular.

Tambien se ha considerado como causa predisponente el habitar *ciudades grandes* ó *ciertos paises*. Entre los sugetos en quienes recayeron las observaciones que he podido consultar, hubo algunos que estaban hacia mucho tiempo en París, y otros que eran moradores nuevos; de modo que nada podemos inferir de tales hechos. Cloquet (*Bullet. de la Soc. de Méd.*, núm. 7; 1810) afirma que es frecuente en Normandía el cáncer del estómago, y José Frank (*Prax. Méd.*, part. 3.ª, vol. 1.º, sec. 2.ª) dice que es afeccion que se padece con muchísima frecuencia en los Estados austriacos, y mucho menos en la Lituania. Para poner fuera de duda estos asertos, se necesitan numerosas estadísticas, y precisamente carecemos de ellas.

Tampoco está mas probada la influencia de la *vida sedentaria*; porque si se ha admitido que las personas circunscritas

á su gabinete están predispuestas á la afeccion que nos ocupa, ha sido tan gratuitamente, como lo que se dice de la necesidad de *trabajar con el cuerpo inclinado adelante*, cual sucede con sastres y zapateros.

Aunque no sea dable ver en los *pesares profundos* y en las *emociones morales* vivas y reiteradas, causas determinantes del cáncer del estómago, ¿podremos admitir sin embargo que como sean muy duraderas estas causas ponen á los sugetos en condiciones favorables al desarrollo de la enfermedad? Hechos notables se citan; pero queda la duda de si se ha tomado por relacion de causa con efecto una simple coincidencia. En las observaciones que he reunido, encuentro dos sugetos que atribuyen el principio de su enfermedad á una época en que sufrieron por mucho tiempo pesares profundos, que en uno de ellos fueron causados por la pérdida de un hijo. Justo es por cierto tomar en cuenta estos hechos; pero falta mucho para que estén demostrados: acaso se habrá tomado como causa de la enfermedad lo que no era mas que uno de sus primeros efectos; porque, si bien es verdad, como dice Barras (*loc. cit.*), que en el cáncer del estómago no es tan profunda la tristeza como en la gastralgia, es cierto tambien que muchos sugetos caen en una especie de hipocondría luego que la afeccion cancerosa incipiente desarregla notablemente las digestiones.

En cuanto al *abuso de los placeres venéreos*, á la *masturbación* y á las *pérdidas escesivas* causadas por varios flujos, son causas admitidas infundadamente, y no debemos detenernos en ellas.

Bayle (*Dict. des Sc. méd.*, artículo *Cáncer*) cree que el *celibato* es una de las causas del desarrollo del carcinoma del estómago. Esta asercion enmudece indudablemente ante los hechos; porque casi todas las observaciones que hemos recogido se refieren á sugetos casados ó que vivian matrimonialmente, y tenian uno ó muchos hijos. Tan solo hubo una enferma que aún permanecia vírgen, no obstante haber principiado su enfermedad á los cincuenta y tres años; pero un hecho aislado de este modo carece de todo valor.

Ateniéndose á lo espuesto por Naumann (*Handbuch der medicin. Klin.*) dicen los autores del *Compendium*, que Balling supone al cáncer endémico en un valle próximo á Forêt-Noire; pero al mismo tiempo advierten qué poco crédito merece semejante opinion no estando apoyada con hechos.

La cuestion que ahora nos queda es la de *trasmision hereditaria*, y por desgracia no la han tratado los autores con

todo el esmero debido. Barras (*loc. cit.*) refiere algunos hechos en favor de esta trasmision, entre los cuales es notable el de haber visto sucumbir de resultas de cáncer del estómago á dos hijos de una señora en cuya autopsia encontró el estómago afectado de la misma degeneracion. Con todo, para que podamos afirmar con él que se trasmite el gérmen del cáncer gástrico de padres á hijos, necesitamos mas observaciones. Con doble razon hay que tener por hipotética esta otra proposicion del mismo autor: que una constitucion deteriorada por los *vicios, escrofulosa, venéreo, artrítico ó herpético*, predisponen al escirro del estómago; y la de Coiter, que pretendia que si en los descendientes de sugetos muertos de cáncer del estómago no se encontraba la degeneracion en el mismo órgano, tenia que estar por lo menos en el útero, en las mamas, en los testículos, etc. Mas, la realidad de hechos tan difíciles de comprobar, no se establece con simples aserciones.

Hay otra circunstancia particular de las mujeres, que es el *estado de la menstruacion*, y podríamos preguntar si los desórdenes mas ó menos notables de esta funcion ejercen alguna influencia en el nacimiento del cáncer gástrico, si no sucediese que ni aun en la única de las enfermas á quienes examinamos, que tuvo supresion de reglas, no influyó esto en el cáncer, puesto que la enfermedad no apareció hasta muchísimos años despues, y entre tanto nada habian sufrido las funciones del estómago.

Hé aquí cuanto podemos decir acerca de las causas predisponentes: mucho hay que hacer para resolver las cuestiones que en esto se ofrecen; pero incalculables serian las ventajas de conocer las circunstancias que favorecen la produccion de enfermedad tan terrible. Por desgracia el cáncer del estómago es una de las afecciones que menos se han estudiado respecto á los antecedentes de los enfermos, y en los artículos donde se habla de él, encontramos muchas mas aserciones que resultados de hechos rigorosamente observados. Veamos ahora si tiene algunas causas ocasionales evidentes.

2.° *Causas ocasionales.*

Si hubiésemos de atenernos á los autores, fácil seria citar no pocas causas ocasionales del cáncer del estómago; pero si no queremos proponer ninguna que no lleve el sello de la observacion, se advierte al momento que es sumamente limitado el número de ellas, y que apenas habrá alguna cuya influencia sea incontrovertible.

Segun J. Franck (*loc. cit.*), son causas eficientes del cáncer del estómago las *fiebres intermitentes*, y en particular las que se han abandonado, las que se tratan demasiado tarde por la quina, ó aquellas en que há mucho tiempo no se usa este medicamento. Asercion es esta que en vez de probada está desmentida por la práctica diaria.

A continuacion vienen las *emociones morales vivas*; y si es verdad que en los pocos casos ya citados apareció el cáncer gástrico despues de largos pesares, de ningun modo puede probarse que le hayan engendrado las pasiones vivas.

¿Contaremos, como hace J. Franck, los ayunos entre estas causas? En apoyo de su opinion no cita el autor sino el hecho de un eclesiástico, encargado de la misa de alba durante veinte años, que se desayunaba muy temprano, y que habiendo tenido que cambiar completamente sus hábitos y desayunarse mas tarde en los dos siguientes, porque dilataron la hora de la misa, le sobrevinieron bien pronto de los síntomas gástricos y la formacion del escirro. Pero ¿cómo hemos de sacar conclusiones de un hecho aislado como este, sobre todo cuando hay mil que prueban lo contrario?

Las mismas objeciones se puede hacerle al autor, en esto de admitir como causas el *onanismo*, el *cóito poco tiempo despues de comer*, el *matrimonio en una edad avanzada*, la *supresion de las hemorroides*, etc. Por admitir así, sin pruebas, la existencia de una infinidad de causas, está desacreditada la etiología, y se ha hecho una mezcolanza de proposiciones ridículas.

Ya hemos dicho que se consideraba como causa predisponente el abuso de bebidas alcohólicas; y si vuelvo á tocar este punto, es para hacer observar, en oposicion á la creencia de muchos autores, que de ningun modo prueban los hechos en dicho abuso la calidad de causa determinante. Y lo mismo sucede respecto del *abuso de* los *purgantes*, aun con haber invocado la observacion en favor de esta causa (Fichot, *Affect. squirrh. du Pyl.*, etc.; Bull. de la Soc. méd. d'Emul.; 1805), que por relaciones de causa con efecto se han tomado simples coincidencias, y no se ha echado de ver que muy bien puede haber sucedido que se abusase de los purgantes para combatir una constipacion mas ó menos rebelde, que, como mas adelante veremos, ya es síntoma del cáncer gástrico.

Lo mismo se ha dicho relativamente al *abuso de ácidos*; pero ni con mucho bastan todavía los hechos para calificar de verdadera semejante opinion. J. Franck no hace mas que

citar una observacion publicada por Gœritz (*Nat. Cur. Ephem.*, cent. VIII, obs. 20), y las reflexiones que á este autor se le ofrecen. Pero si examinamos esta observacion, tan solo hemos de encontrar que simplemente se trata de un enfermo que un año antes de morir usó inmoderadamente del *zumo de limon*, y mas adelante veremos, cuando se estudie la marcha de la enfermedad, que segun todas las apariencias contaba ya la dolencia, en este caso, por lo menos un año de existencia, y que estaba por consiguiente declarada cuando se principió á apetecer bebidas acídulas: este deseo mas bien fué efecto que causa de la enfermedad. Cítanse unos pocos hechos de haber venido el cáncer del estómago mas ó menos remotamente despues de *envenenamientos por ácidos*, y principalmente por el *nítrico*; pero todavía no son, ni bastante numerosos, ni bastante concluyentes para que los califiquemos de algo mas que de simples coincidencias. Esta reflexion alude particularmente al hecho recogido por Bouillaud, y citado por Andral (*Cliniq. méd.*, tomo II).

En cuanto á la *influencia de los narcóticos* y de los *preparados de plomo*, aún está, si es posible, menos demostrada que la de las causas que acabamos de mencionar.

Aunque en esta enumeracion no hayamos obtenido mas que resultados negativos, era, á mi modo de ver, necesaria para que el lector se forme una idea exacta del estado actual de la ciencia acerca de este punto. Pero veamos ahora qué nos dicen las observaciones que he recogido relativamente á las causas ocasionales:

Un sugeto siente justamente los primeros síntomas gástricos el mismo dia en que habiéndose espuesto *en ayunas á un frio intenso*, le causó este una impresion bastante viva; dos acusan una *violencia esterior* al nivel de la region del estómago; y en el uno de ellos, que habia caido sobre el hipocondrio derecho, no se desarrolla el cáncer hasta siete años despues, y en el otro principiaron sus síntomas á muy poco tiempo de haber recibido un puñetazo en el epigastrio. Por último, entre nuestras observaciones solo se halla un caso que se puede citar como efecto de violencias esteriores; pero agregándole á otros parecidos que refieren los autores, quizá resulte que dichas violencias constituyen la única causa ocasional, cuyo influjo esté á punto de ser reconocido.

No hago mencion de la *repercusion de los exantemas*, de la *cicatrizacion de úlceras antiguas*, ni de la *supresion de los fonticulos*, etc., porque en realidad no se funda en hechos analizados la existencia de estas causas. Consultemos lo que

acerca de ello dice J. Franck, y las citas que hace de las Memorias del doctor Antomarchi relativamente á los últimos momentos de Napoleon.

Habiendo espuesto de este modo las causas reales ó pretendidas del cáncer del estómago, conviene decir dos palabras respecto de las varias opiniones emitidas sobre la naturaleza de esta enfermedad, ó, en otros términos, sobre sus *causas orgánicas*. No pocos médicos modernos han pretendido que el cáncer del estómago es un resultado de *inflamaciones prolongadas*, una simple *hipertrofia inflamatoria*. Esta es particularmente la opinion de Broussais, que en dicha afeccion no veia sino una simple gastritis crónica. Andral (*Mém. sur les car. anat. de la Gastrite chronique;* Répert. d' Anat. et de Phys. pathol., tomo 1.º; París, 1826) se ocupa decididamente en defender esta opinion, manifestando que la hipertrofia y la induracion son efectos naturales de la inflamacion del estómago; que despues de haber sido la mucosa el principal asiento de la flegmasia, puede volver al estado normal dejando debajo una hipertrofia de los demas tejidos; y que así es como se forman los cánceres, particularmente los llamados escirros. Pero es evidente que el autor solamente se funda en una observacion incompleta para sostener sus asertos, que por lo demas, segun asegura, han sido modificados. En efecto, mas arriba hemos visto que de ningun modo está demostrada la preexistencia de una inflamacion, y por los numerosos hechos que he citado de gastritis crónica queda probado que puede durar muchísimo la inflamacion sin degenerar en hipertrofia ni en cáncer. Ya veremos como esta degeneracion tiene caractéres particulares, un asiento especial enteramente diferente del de la inflamacion, y que no debemos por tanto creer que la gastritis sea causa del cáncer del estómago.

No admitimos tampoco la analogía que Chardel encuentra entre el escirro del estómago y la *degeneracion tuberculosa* de los demas órganos abdominales, porque claramente veremos que es incompleta en el artículo *lesiones anatómicas*.

¿Admitiremos con Prus que el cáncer no es mas que una *modificacion d l sistema nervioso*, que puede llevar el nombre de irritacion *cancerosa?* Opinion es esta á cuyo sosten no viene ni un solo hecho. El argumento mas poderoso de Prus está en que primeramente son nerviosos los vómitos y determinan la hipertrofia del órgano, en particular la de la membrana muscular; y sin embargo hemos de ver mas adelante que la hipertrofia de dicha membrana no está únicamente

bajo la influencia de los vómitos, que nace aún en casos que faltan estos vómitos ó há mucho que cesaron, y de otra parte que el cáncer del estómago constituye siempre una misma lesion, que no permite establecer distinciones fundamentales entre casos diferentes.

Ya se ve pues que no hay opinion alguna que nos dé nociones positivas acerca de la naturaleza de la enfermedad; y puesto que tenemos que reconocer que se nos oculta enteramente su esencia íntima, dejemos una discusion de que no podemos obtener ningun resultado útil.

§. III.—Síntomas.

Habiéndose principiado por establecer una distincion entre el escirro del estómago y el cáncer propiamente dicho, de modo que este queda caracterizado por la formacion del tejido encefaloideo, creo que me será permitido preguntar, si alguna utilidad se reporta de estudiar por separado, respecto la sintomatologia, los casos que pueden referirse á escirros y aquellos en que es dable admitir la existencia del cáncer propiamente dicho. Pero, de cualquier modo que se consideren los hechos, quedamos convencidos de que es absolutamente infundada la division de que hablo; porque, ademas de no diferenciarse los síntomas en estas dos clases, veremos tambien que, estudiada debidamente la lesion, se presenta con caractéres uniformes, y que solamente simples modificaciones habrán inducido á error en un exámen superficial. Así pues comprenderé en la descripcion siguiente tanto al escirro como al cáncer propiamente dicho, con sus diversas variedades.

Invasion. En casi todos los casos principia lentamente la enfermedad. Entre los casos que he reunido, tan solo hay uno, y es el que mas arriba he citado para manifestar que los síntomas primeros vinieron despues de haberse sufrido un frio bastante intenso, en que apareció de repente. En los demas se desarrollaron poco á poco los síntomas, aun en aquellos en que los enfermos atribuian su afeccion á una violencia esterior.

El primero de todos es la disminucion mas ó menos notable del apetito; fenómeno cuya existencia ha sido comprobada en casi todos los casos que se ha buscado, y que una sola vez se declaró súbitamente, como fué en el hecho de que acabo de hacer mencion. Al mismo tiempo aparece un dolor mas ó menos vivo en la region epigástrica, dolor cuyo

asiento no está determinado por los observadores, y que en los mas de los casos en que era intenso desde el principio, marchaban los síntomas con muchísima rapidez. Mas adelante veremos que el dolor puede faltar en todo el curso de la enfermedad, y que con doble razon dejará de aparecer en la invasion de un gran número de casos: entre las observaciones que he recogido no hay mas que nueve que le mencionen.

Mas raro es todavía que los vómitos anuncien la invasion de la enfermedad: de diez y siete casos en que se han buscado, solamente se descubren en tres, y aun no es muy cierto que hayan coexistido con la invasion, habiendo podido existir antes desarreglos digestivos ligeros de que no se acuerden los enfermos. Este es síntoma que viene frecuentemente, aun en los casos de no haber disminuido de un modo notable el apetito, que es lo que efectivamente ha sucedido en doce casos de los diez y siete. Pero nunca ha habido al principio digestiones dolorosas: por el contrario, los enfermos conocian que despues de comer mitigaban sus vivos dolores: la sensacion de que se quejaban era una pesadez, una incomodidad mas ó menos considerable. Solamente hubo un individuo que desde los primeros tiempos tuviese aversion al vino; síntoma de que no se ha hecho mencion en ningun otro caso.

Solo al cabo de cierto tiempo es cuando se establece la debilidad y un grado mas ó menos avanzado de demacracion; habiéndose manifestado aquella dos veces tan solo en época muy próxima á la invasion, y en otros dos hubo por entonces demacracion muy manifiesta; signo que principalmente era notable en un caso, del que mas adelante volveré á ocuparme, y en el cual la enfermedad marchó rapidísimamente. El enflaquecimiento, que algunas veces se establece desde los primeros instantes, no podemos atribuirle á la existencia de vómitos que impidan la nutricion; porque habiendo examinado las observaciones bajo este punto de vista, encuentro que solamente tres veces hubo coincidencia de vómitos y enflaquecimiento; que en dos casos hubo vómitos sin enflaquecimiento al principio, y que en uno progresó desde luego rápidamente el enflaquecimiento no habiendo vómitos ni diarrea.

En fin, poquísimos son los casos en que ha habido constipacion, algunos escalofrios poco intensos, sensibilidad al frio, cólicos y cierta inquietud, para que podamos tener estos síntomas por característicos de la invasion; asi es que no hago mas que mencionarlos.

Me ha parecido que debia insistir sobre estos síntomas de la invasion con mas detenimiento que hasta el presente, porque, como mas adelante veremos, es incontestable su utilidad para establecer el diagnóstico entre el cáncer, la gastritis crónica y la gastralgia; enfermedades que con la mayor facilidad quedan confundidas. Los autores, y en particular Franck, embrollan estos síntomas de la invasion con los de la enfermedad confirmada, resultando de aquí las dificultades que muchas veces se ofrecen para conocer claramente la existencia del cáncer. Es pues importante reasumir todo lo que he dicho, para formar un cuadro fácil de reconocer á la primera ojeada.

La disminucion del apetito y las digestiones laboriosas acompañadas, aunque en pocos casos, de un dolor no muy fuerte, y mas rara vez vivo, son los síntomas que abren la escena; y solamente en poquísimas ocasiones hay por entonces vómitos de alimentos, muy rara vez de bilis y nunca de sangre. Rarísimo es que se presenten ya la demacracion y la debilidad, y mas raro aún la constipacion, los escalofrios, cierta inquietud, etc. Por último, los fenómenos que indican el principio del cáncer, consisten casi siempre en ligeros desarreglos en las digestiones.

Síntomas. No obstante que los autores esponen minuciosamente casi todos los síntomas de la enfermedad confirmada, no han formado descripciones tan precisas como queremos. Para que podamos esperar que vayan disipándose todas las dudas concernientes al diagnóstico, hay que estudiar con esmero cada síntoma en particular.

1.° *Desarreglos funcionales.* Mas arriba dijimos ser frecuente que desde la invasion disminuyese el *apetito.* Diez y ocho casos he analizado, y en diez y siete se encuentra este síntoma, ó durante toda la enfermedad ó solamente en cierta época; pero en el caso diez y ocho permaneció íntegro el apetito hasta el fin, y no es este uno de los fenómenos menos notables en una afeccion que tan profundamente afecta al estómago. Seria inútil tratar de darse cuenta de esta particularidad por el estado particular en que se haya encontrado el órgano despues de la muerte. En el sujeto de que se trata habia una ulceracion bastante estensa, y por consiguiente una alteracion que parece debiera haber estinguido completamente el apetito, como sucedió en otros casos absolutamente idénticos.

Por lo demas, tomando en consideracion lo que pasó en otros casos en que estaba notablemente disminuido, y aun

completamente abolido el apetito, se encuentra una esplicacion bastante buena de esta especie de anomalía. Hé aquí, en efecto, lo que se observó: considerando los hechos de una manera general, se vé que, aun progresando continuamente la disminucion del apetito, no hubo entre los diez y siete sugetos nada mas que diez que le perdieron del todo, y en cuatro no quedó abolido sino en los últimos dias. Tres le perdieron completamente hácia mediados de la enfermedad, pero con la notable circunstancia de que volvió despues, para durar hasta el último momento; y en otros dos hubo tales alternativas que, yá se conservaba bastante bien durante mas ó menos tiempo, ya sobrevenia anorexia, sustituida á su vez por bastante apetito, y así continuó hasta el fin. Si á esto agregamos lo que hemos dicho al hablar de la invasion, es decir que en los primeros momentos no estuvo disminuido el apetito sino casi en la mitad de los sugetos, obtendremos por resultado que indudablemente no podremos seguir la marcha de la afeccion ateniéndonos á la disminucion del apetito. Con todo, hay que decir que por lo general disminuia tanto mas rápidamente cuanto con mayor velocidad caminaba la enfermedad.

El *estado de las digestiones* ha llamado la atencion de los autores de una manera especial. Todos insisten detenidamente en los desarreglos considerables que vienen durante el curso de la enfermedad en el acto de la digestion, y sin embargo resulta de los hechos que he analizado, que peca por algo de generalidad esta proposicion. Efectivamente, en los diez y ocho casos en que se examinó el estado de las digestiones, solamente se sacan dos tercios en que realmente fueronpenosas: en los demas no se quejaban los enfermos de incomodidad alguna despues de comer, y si sobrevenian síntomas, era mucho tiempo despues, aunque no dejaban de tener tan perdido el apetito.

Nueve de estos sugetos no tuvieron digestiones laboriosas hasta una época muy avanzada de la enfermedad, ó sea hasta los seis meses, ó uno ó dos años despues de caracterizada la invasion por la inapetencia y la demacracion. Aunque se ha notado que por lo comun cuesta mas trabajo digerir ciertos alimentos, no hay en realidad ninguna regla general que establecer acerca de este punto. A la vista tengo una observacion relativa á un enfermo que no podia llevar ni la leche, ni el vino y vomitaba la sopa, pero que sin embargo digeria bastante bien las patatas y las coles; la de otro que vomitaba la leche y la carne y no podia digerir

sino legumbres y vino azucarado; la de quien no podia soportar el aguardiente; la de uno para quien eran demasiado pesadas las bebidas emolientes; en conclusion, no hay síntoma mas variable que este. Pero por lo general se digieren fácilmente los lacticinios, las legumbres, en una palabra, los alimentos ligeros, cuando ya se lleva con trabajo ó se vomita una alimentacion sustanciosa.

Las *sensaciones* que afectan á los enfermos mas ó menos tiempo despues de tomar alimento, son: una *pesadez epigástrica*, *agrios*, que en dos sugetos únicamente eran causados por el vino, *eruptos* inodoros ó con olor de huevos podridos (en dos casos), una *elevacion* mas ó menos considerable en la region del estómago, y un *abatimiento* en fin mas ó menos profundo.

Los *dolores epigástricos* son uno de los síntomas mas frecuentes y notables de la enfermedad; pero que no hay que considerarles como signo constante, porque entre veinte y un casos que tengo á la vista, no obstante haberse esplorado con esmero, faltaron del todo en dos, no vinieron hasta los tres últimos meses de enfermedad en uno, y, lo que es muy notable, despues de haberse presentado en otro al principio desaparecieron para siempre. Por mas que se examinen los hechos para darse cuenta de diferencia tan estraordinaria, no se obtiene ningun resultado; porque las lesiones no se diferenciaban en los sugetos que padecieron dolores y en los que no los tuvieron: estos ofrecian un cáncer ulcerado, y tumores mas ó menos desarrollados los otros.

En esta, asi como en todas las demas afecciones, hay que distinguir cuidadosamente los dolores *producidos espontáneamente*, de los *provocados por la presion*. Los primeros son notablemente mas frecuentes; y tanto, que entre diez y siete casos se han presentado en diez y seis, al paso que solamente en diez los hubo á la presion. Este dolor, casi siempre vivo, le espresan de diferente modo los enfermos: unos le comparan á una sensacion de quemadura, otros á cólicos, quiénes á una sensacion de frio, quiénes á un herbidero doloroso. Aunque casi siempre tiene su asiento en el epigastrio, á veces se estiende mas allá, rodea la base del pecho y se hace sentir en los lomos y en el dorso. Cruveilhier es quien mas ha fijado la atencion en el dolor que traspasa el pecho y se percibe en un punto de la espina dorsal. Pero teniendo actualmente á la vista un sugeto que sufre el dolor de esta clase, y viendo positivamente que no es mas que una neurálgia costal independiente del cáncer, pues que

ha concluido rápidamente con la aplicacion de algunos vejigatorios, sin ejercer ninguna influencia, como puede suponerse, en la enfermedad del estómago, creo deber preguntar si ha sucedido lo mismo en los demas casos citados por los autores. Aun cuando estos dolores vayan lejos á irradiarse, tienen principalmente su asiento debajo del apéndice xifoides ó al nivel del tumor.

Ya hemos visto mas arriba que son muy pocos los casos en que se manifiestan los dolores desde el principio. Por lo regular es raro que se tornen bastante intensos antes que transcurran muchos meses de enfermedad; en cierto número de sugetos no hubo dolores espontáneos hasta la última época; y á veces no han aparecido hasta los postreros dias. Sumamente estraordinario es que una vez declarados estos dolores dejen de terminar con la vida, yendo siempre en aumento: un sugeto, sin embargo, sufrió algunos dias, en el curso del último mes, los dolores espontáneos, bajo la forma de cólicos de estómago, y no volvió ya á sentirlos.

En vista de las razones espuestas no es posible atribuir esclusivamente á la ulceracion del cáncer los dolores que describo; pero, si se considera que cuando mas fuertemente se sienten es en la época en que probablemente se establece la ulceracion, nos vemos obligados á admitir que este trabajo contribuye á originarlos. En cuanto á las causas particulares que los engendran, hemos visto que en un caso fué el desarrollo considerable de gas, el trabajo digestivo en otro, los esfuerzos para vomitar tambien en un sugeto, y que en los demas vinieron sin causa conocida en diferentes horas del dia.

El *dolor á la presion*, que, segun acabamos de advertir, no es tan frecuente como el espontáneo, es tambien menos vivo, y sin embargo tanto aumenta algunas veces, principalmente al fin de la enfermedad, que la palpacion causa sufrimientos atroces en el epigastrio. Este dolor se manifiesta en el tumor si lo hay apreciable al tacto, y, lo mismo que el espontáneo, no se desarrolla hasta que ya está en una época bastante avanzada la enfermedad, pudiendo desaparecer despues de haber sido mas ó menos duradero.

Los *vómitos* son en seguida el síntoma mas notable y constante, aunque hayan solido faltar alguna que otra vez. Entre veinte y seis casos en que cuidadosamente se indagó su existencia, es notorio que han faltado del todo en un sugeto, y otro afirmaba que jamás habia vomitado. El haber faltado los vómitos, aunque haya sido en pocos casos, ha dado

márgen á que se crea que hay entre ellos y las alteraciones cadavéricas una relacion evidente; que entonces permanece ancho el píloro, y que por consiguiente pasan con facilidad los alimentos á los intestinos. Pero si en los dos sugetos de que acabo de hablar es efectivo que no estaba estrechado el píloro, estaba, sin embargo, rodeado de un engrosamiento notable de las paredes, á la par que de una ulceracion bastante estensa, y bajo este aspecto no se diferencian dichos casos, de otros muchos en que hubo vómitos abundantes. Por consecuencia, si bien es verdad que la libertad del orificio pilórico parece ser una circunstancia que libra de los vómitos, no es por eso menos admisible que hay otras predisposiciones que nos son desconocidas, del todo inesplicables por el estado de los órganos.

Raro es, como hemos visto, que vengan los vómitos al principio de la enfermedad: ordinariamente se manifiestan en medio de su curso, ó al menos hasta entonces no repiten con bastante frecuencia para inquietar á los enfermos. Así es que, en catorce sugetos que al principio no los tuvieron, ó que los padecieron de tarde en tarde, principiaron á manifestarse tan frecuentes en medio de la enfermedad, que no pasaba semana sin que vomitasen muchas veces; y aun enfermos hubo que desde esta época no gozaron de un dia en que no lo efectuasen una ó muchas veces (cinco ó seis en un caso).

Casi siempre van siendo en seguida mas frecuentes los vómitos, de tal suerte que hácia el fin de la enfermedad sobreviene uno ó muchos todos los dias. Estas reglas, sin embargo, tienen sus escepciones: sugetos hay que despues de haber tenido repetidos vómitos durante muchísimo tiempo, llegan al fin á descansar de ellos en los últimos dias; y aun en los tres ó cuatro meses postreros, y otros en que sin saber por qué cesan y se reproducen en diversos períodos.

Siendo cosa curiosa la relacion que hay entre el estado del píloro y esta frecuencia de los vómitos, veamos lo que de ella nos dicen las observaciones: esceptuados dos casos en que, como he dicho, no hubo vómitos, quedan veinte y cuatro en que sucedió lo contrario. En veinte de estos, y principalmente en cuatro, estaba estrechado de una manera notable el píloro; y si se examina qué frecuencia trajeron los vómitos, veremos que en cinco fueron muy repetidos al fin de la enfermedad, y que en tres, por el contrario, fueron siempre muy raros, principalmente en un sugeto cuyo píloro solo tenia unas cinco líneas de diámetro. Pero estando mas ó

menos estensamente destruido el píloro por una ulceracion, notable por su latitud, en cuatro casos, hubo vómitos muy frecuentes en tres y falta de ellos en uno. Por último, un estrechamiento muy considerable del píloro no se ha opuesto á que habiendo habido vómitos muy frecuentes en medio de la enfermedad, cesasen, y para siempre cuatro meses antes de la muerte. Bien vemos que al paso que estos hechos no estan en armonía con las opiniones generalmente admitidas, demuestran la verdad de lo que há poco decia: esto es, que el obstáculo en el píloro no es la única condicion capaz de producir los vómitos.

Si pasamos ahora á examinar diez y ocho casos en que no habia ulceracion, veremos como no se pueden sacar conclusiones mas rigurosas bajo el punto de vista que nos ocupa. En efecto, recordemos los dos casos en que nunca hubo vómitos, á pesar de existir una ulceracion estensa, y agréguese el de un sugeto en que fueron muy raros, no obstante ser profunda la ulceracion. Con todo, no es tampoco menos digno de llamar la atencion, que en todos los demas (en quince) hayan sido cada vez mas frecuentes los vómitos hasta el fin de la enfermedad, ó sea que aumentaban segun iba progresando la ulceracion, hasta que por último vinieron en los mas de los casos con tanta frecuencia que se contaban muchos al dia. Por tanto, si lesion hay que coincida particularmente con los vómitos, es la ulceracion, aun cuando estando destruida la válvula pilórica parezca que los alimentos pasarán con mas libertad del estómago á los intestinos.

Tales resultados no se hallan del todo conformes con la opinion general de que la principal causa de los vómitos consiste en el estrechamiento del píloro; y por tanto es importante insistir en ello, á fin de llamar la atencion de los observadores sobre un punto que está demasiado descuidado.

En un buen número de casos varían las *materias vomitadas* segun la época de la enfermedad. De aquí es que en el principio se arrojaban *materias alimenticias*, ó aunque fue mucho mas raro, y por decirlo así accidental, una corta cantidad de *bilis*. En una época mas adelantada se vomitan tambien bebidas y alimentos; pero en muchísimos casos hay al mismo tiempo vómitos *viscosos* y *regurgitaciones agrias* en los intervalos, y á veces sobrevienen por entonces vómitos negruzcos, que se han comparado al hollin desleido ó al poso del café, y que se consideran característicos de la afeccion cancerosa. Por las observaciones que he recogido se ve que solamente vinieron estos vómitos *negruzcos* ó de color de

hollin desleido, en siete casos de los veinte y seis; y de aquí es que si la existencia de tal síntoma es importante para el diagnóstico, no puede ayudar al observador sino en muy pocos casos. Otro sugeto tuvo los vómitos, de un *color* notable *de hojas secas*. La materia de los vómitos negros está siempre mezclada con cierta cantidad de alimentos, bebidas ó mucosidades, y cuando se las deja reposar depositan en el fondo del vaso un polvo negruzco, que es por lo que se ha comparado dicho líquido al poso de café.

La discusion sobre la naturaleza de esta materia negra ha terminado en nuestros dias por admitirse que la constituye la presencia de sangre alterada en los materiales del vómito. Ya volveremos sobre este punto al tratar del diagnóstico, y entretanto probaremos que de ningun modo coinciden los vómitos negros con la ulceracion de las paredes del estómago.

Los *vómitos de sangre pura*, aunque se han considerado tambien como síntomas del cáncer del estómago, solamente los hubo en dos casos de las observaciones que he recogido. En uno de ellos arrojaba el enfermo hacia ya mucho tiempo una materia agria oscura ó de color de chocolate; y no obstante estar profundamente ulcerado el estómago, no se encontraron arteriolas abiertas en la ulceracion.

Los *vómitos biliosos* no son menos raros, pues que no han venido mas que en tres casos, y para esto de tarde en tarde y en sugetos que vomitaban alimentos, bebidas y materias negruzcas. Este hecho bien merece que le tengamos presente por su importancia en el diagnóstico del cáncer y de la gastritis crónica.

Por lo comun hasta *cierto tiempo despues de la comida* no se efectúan los diversos vómitos de que hablamos: en ocasiones vienen pasado un cuarto de hora, y enfermos hay que no arrojan los alimentos sino veinte y cuatro, treinta y seis horas, y aun mucho mas tiempo despues de haberlos tomado, pudiendo haber tambien grandes variaciones en un mismo individuo. A veces se han observado asimismo vómitos que se efectuaban *inmediatamente despues de la ingestion* de una corta cantidad de alimentos, y tal rapidez se ha atribuido á la alteracion mas ó menos profunda del cárdias. Pero si bien es verdad que, como hemos visto en el artículo *Estrechez del esófago*, sucede efectivamente que cuando el cáncer ocupa la parte inferior de este conducto, vienen los vómitos con los caractéres que decimos, se puede tambien efectuar lo mismo en casos diversos. Así es que un sugeto que vomitaba la

sopa á medida que iba comiéndola, no presentaba estrechez del cárdias ni del esófago, y sí solo una, no grande, en el píloro sin ninguna ulceracion. Este síntoma fue además muy poco duradero.

En los primeros tiempos exigen siempre los vómitos *ciertos esfuerzos* por parte del enfermo, que muy á menudo son penosísimos; pero algunas veces sucede que salen sin trabajo ninguno, y como por regurgitacion, las materias contenidas en el estómago. Así sucedia en dos casos, cuyas observaciones tengo, en que hubo ulceracion de la corvadura menor, sin estrechez del cárdias ni del píloro. Por lo demas, hasta los últimos dias de enfermedad no aparecen semejantes vómitos.

Todos los autores han notado esa *preferencia* que en algunos casos *da el estómago á ciertos alimentos*. Con haberla mencionado al ocuparme del desarreglo de las digestiones, no tengo mas que añadir aquí que se suele vomitar los alimentos mas ligeros y de la mas fácil digestion, en tanto que se llevan perfectamente sustancias reputadas por lo general como muy indigestas.

En cuanto á las *circunstancias en que se efectúan los vómitos*, hay algunas que merecen darse á conocer. En un sugeto eran provocados por la menor emocion moral; otro no podia conservar los alimentos en el estómago, si no guardaba despues de comer la inmovilidad mas rigurosa, porque de hacer cualquier movimiento vomitaba cuanto acababa de tomar, y si podia permanecer inmóvil se dilataba el vómito hasta el otro dia; á otro, en fin, no le era posible echarse del lado derecho sin vomitar inmediatamente. Sin embargo, este hecho no es peculiar del cáncer: todos los dias se ve que en otras afecciones, notables, por lo frecuentes que son los vómitos, produce los mismos efectos la inmovilidad, mientras que el menor movimiento provoca la espulsion de las materias contenidas en el estómago.

En el artículo *Dilatacion del estómago*, hemos visto que en esta afeccion pueden acumularse por uno ó muchos dias los alimentos y las bebidas, para salir despues en un estado de alteracion mas ó menos adelantada. Y manifestándose, como tengo advertido, la dilatacion morbosa, muy particularmente en los casos de cáncer del estómago, es casi inútil añadir ahora que lo mismo sucede respecto de semejante fenómeno en la afeccion que nos ocupa.

Casi siempre preceden á los vómitos, ó lo que no es tan frecuente alternan con ellos, náuseas mas ó menos fatigosas.

Este síntoma no se ha observado sino en cinco sugetos, y uno de ellos habia notado que eran provocadas por la mas corta cantidad de tisana, con cuyo motivo no podia apagar la sed que sufria.

2.° *Tumor en el epigastrio.* En algunos casos se puede descubrir por la *palpacion* un tumor que, por ser uno de los caractéres mas importantes de la enfermedad, hay que detenernos en cuanto le concierna.

Solo se ha indagado cuidadosamente su existencia en diez y siete casos de los que he reunido, y en doce se ha comprobado la existencia de un tumor bien determinado. Aunque varía su asiento, mucho mas á menudo que en ninguna parte se le encuentra á corta distancia del ombligo ó á su misma altura. En casi todos los casos de que acabo de hablar estaba circunscrito el tumor á la derecha y algo por encima del ombligo; en pocos casos residia uno ó dos dedos mas debajo del apéndice xifoides, en la direccion de la línea blanca y algo á la derecha; y únicamente hubo dos casos de estar situado en el lado izquierdo. Pero cualquiera que sea el punto que ocupe, comunmente sube hácia las costillas falsas, y rara vez, por el contrario, se insinúa debajo de ellas; circunstancia que constituye un hecho que importa comprobar, porque puede servir para el diagnóstico, dando á conocer que el tumor no está formado á espensas de los órganos contenidos en los hipocondrios. Sin embargo, he visto un caso en que se cometió semejante error: verdad es que el tumor estaba á mucha distancia de la línea media y á la izquierda, cosa que es muy rara; pero no habia motivo para tenerle, así como sucedió, por un tumor del bazo, puesto que su borde esterno no llegaba ni con dedo y medio á las costillas falsas, lo que seguramente no sucederia habiendo estado formado por el bazo.

El *volúmen del tumor* es bastante variable: casos hay en que no pasa del de un huevo de paloma; otros, como sucedió en uno de los que he recogido, era mayor que el puño. Cuando es algo voluminoso parece *superficial*; y aun desarrollado en las paredes abdominales cuando está inmóvil. Por lo comun tiene desigual y algo abollada su *superficie*, que si alguna vez parece blanda al tacto, mucho mas á menudo aparece resistente y *dura*. En dos casos presentaba la notable circunstancia de que parecia dividida en dos partes por una *depresion* bastante pronunciada, y sin embargo, no se encontró al hacer la autopsia division manifiesta en la induracion de las paredes del estómago; bien es verdad que la

observacion no nos dice si duró la depresion hasta el fin.

Hay otro carácter muy digno de llamar la atencion, aunque solamente se ha observado en pocos casos, y es el que *á veces muda de sitio de un dia para otro* el tumor: hoy se le encuentra en la línea media, mañana á la izquierda, y frecuentemente siguen estas mutaciones por mucho tiempo. Pero esto no se observa sino cuando hay una ampliacion considerable del estómago; y el pasar así de un lado á otro del tumor, depende de la replecion del órgano y de los vómitos. Cuando el estómago está lleno de líquido, como su fondo gana la parte inferior del abdómen, lleva hácia abajo y á la izquierda la porcion pilórica que ocupa el tumor; cuando despues se ha desocupado el estómago por el vómito y recobran su sitio las partes, vuelve el tumor á la derecha, y así va siguiendo. Hechos son estos que estan comprobados en dos observaciones recogidas por Louis.

En un sugeto en que no se advirtieron semejantes mutaciones, parecia *flotar en un líquido* el tumor; fenómeno que fue difícil de esplicar despues de la muerte, porque no habia derrame abdominal ni estaba voluminoso el estómago.

Esta movilidad del tumor anuncia, además de la ampliacion del estómago, que está libre de adherencias el órgano, y que el cáncer no ha llegado al omento gastro-hepático, puesto que son indispensables estas circunstancias para que pueda pasar el tumor de un lado á otro.

Mas arriba hemos visto que el dolor espontáneo se percibe en el sitio de este tumor ó á sus lados. Sin embargo, á no ser en alguno que otro caso, no duele mucho á la presion, y aun á veces es del todo indolente. El vientre suele ponerse tan duro, que el tumor, fácil de percibir hasta entonces, deja de ser apreciable por el tacto: así sucedió en uno de los casos que tengo analizados.

Por las observaciones que poseemos, no se puede saber á punto fijo en qué época de la enfermedad apareció el tumor supra-umbilical: solamente en un corto número de casos está probado que no se le percibió hasta los últimos meses.

Algunas veces se observa en lugar del tumor una *renitencia* uniforme, mas ó menos estensa, que con corta diferencia ocupa el mismo sitio que aquel, y entonces no se encuentran abolladuras ni durezas notables, ni hay esa movilidad de que há poco nos ocupamos. En los casos de este género es estenso, y no forma tumefaccion circunscrita el engrosamiento del estómago, y el exámen mas atento no puede descubrir ninguna especie de tumor en cierto número de sugetos.

3.° *Forma del vientre.* No menos atencion merece la *forma del vientre.* Pocos son los sugetos que solamente le tienen aumentado uniformemente de volúmen y sin ninguna eminencia particular, como se observó en cuatro casos de los que he reunido; menos son todavía aquellos en que lo único notable es la eminencia formada por el tumor, estando el vientre retraido ó con su configuracion natural en todos los demas puntos; y únicamente un sugeto la conservó en su aspecto normal hasta el fin de la enfermedad.

Pero en otros casos (seis entre diez y seis) tiene el vientre una figura particular que merece fijar nuestra atencion. En efecto, adquiriendo mas ó menos volúmen el *estómago*, estampa visiblemente su figura en las paredes abdominales. Entonces hay una dilatacion de este órgano, tal como la hemos descrito en el artículo precedente; dilatacion que siempre ha coexistido con una estrechez marcada del píloro, menos en un caso en que no habia mas que una ulceracion profunda. No hago ahora mas que citar estos hechos, porque me remito á lo que ya he dicho (*véase* el artículo consagrado á la *Dilatacion del estómago*) para la esplicacion que admiten y para los síntomas propios de este estado. Algunas veces viene hácia los últimos momentos de vida un *meteorismo* no muy alto, que borra varias de las eminencias de que tratamos.

4.° *Resultados de la percusion.* Practicando la *percusion* en la region epigástrica, se oye al nivel del tumor canceroso un sonido, bien sea macizo, bien oscuro, en tanto que por debajo y á los lados se percibe el sonido claro producido por los gases contenidos en el estómago y en los intestinos. En concepto de Piorry, se puede reconocer por la percusion el sonido macizo que da un tumor desenvuelto en la pared posterior del estómago, si intacta permanece la anterior, solamente con deprimir la pared del abdómen, de modo que nos acerquemos todo lo posible al tumor. Pero no se sabe en qué hechos se apoya este autor para aventurar semejante proposicion, porque no hay ni un solo caso bien estudiado de cáncer en que se haya limitado á la pared posterior el engrosamiento del estómago. Siempre se ha estendido á la corvadura menor y aun á algunos puntos de la pared anterior.

Tambien se conoce por la percusion la distension del estómago; pero habiendo ya tratado estensamente de este punto, nada me queda que añadir ahora (véase *Dilatacion del estómago*). Otro tanto sucede con los *ruidos de clo, clo*, ó de

gorgoteo, determinados por el *traqueo* del abdómen, y de la *fluctuacion oscura* que alguna vez puede producir.

5.° *Síntomas suministrados por lo restante del tubo digestivo.* Tales son los síntomas, que pueden designarse en general con el nombre de locales. Si ahora examinamos los que se manifiestan en los otros puntos del tubo digestivo, encontramos: que por lo comun está pálida y húmeda la *lengua*, y que si alguna vez se torna seca, encendida, negra y costrosa, es en los últimos dias de enfermedad, y cuando se desarrolla una inflamacion, casi siempre en las vias respiratorias, que viene á terminar la existencia. En el caso de no sobrevenir estas complicaciones, no es raro ver que permanece normal, ó no presenta sino una ligera capa blanquecina ó agrisada, ó algunas viscosidades. En el último período del cáncer del estómago suelen venir. lo mismo que en las demas enfermedades crónicas, el *muguet* y la *stomatitis seudo-membranosa*, afecciones de que ya se dijo esto en los artículos que se les han consagrado, y que únicamente se han visto en dos de los casos que analizamos. Por último, en un corto número está pastosa y amarga la lengua; pero como tan solo es por cierto tiempo, no constituye una modificacion propia de la enfermedad que nos ocupa.

Por lo comun no hay sed, á no ser alguna que otra vez al fin de la enfermedad, sobre todo cuando se enciende la fiebre y viene una complicacion inflamatoria. Y no solamente no ha sido constante en los casos que he reunido el deseo de bebidas frias y acídulas, mencionado por algunos autores, sino que un sugeto no queria mas que las que estaban tibias y dulces.

De ordinario es fácil la *deglucion*: en dos casos sin embargo era muy dolorosa, y en ambos llegaba el cáncer hasta el cárdias, aunque sin interesar mucho el esófago: ejemplos de cáncer del estómago que se propagaba á mayor ó menor estension de este conducto, refieren los autores, en que hubo dificultad de la deglucion con los demas síntomas que he debido esponer en el artículo *Estrechez del esófago*. No há muchos dias que he practicado la autopsia de uno que sucumbió á un cáncer con dos ulceraciones de la corvadura menor, próxima la una del píloro y la otra al cárdias, y no obstante que encontré una capa seudo-membranosa cubriendo la mitad inferior del esófago, siempre deglutió bien y libremente el enfermo; circunstancia que hace muy notable este hecho.

Durante casi todo el curso de la enfermedad son habitualmente raras las *cámaras*, y viene una constipacion mas ó

menos tenaz; pero es frecuente ver que hácia los últimos meses, ó por lo menos en los últimos dias, se establece la diarrea. En efecto, así ha sucedido en trece sugetos, cinco de los cuales tuvieron poco tiempo antes de sucumbir infinitas deyecciones y aun involuntarias; y solamente en uno fueron sanguinolentas y coexistieron con un vómito de sangre.

6.° *Aspecto esterior.* El color general, el estado de la cara y el enflaquecimiento, son signos observados en los sugetos afectados de cáncer del estómago, de que mucho se ha hablado y cuyo exámen va á ocuparnos ahora.

No es lo comun que la *cara* presente alteraciones muy notables, en los principios de la enfermedad; aún está entonces natural, ó solo se descubre en ella algo de languidez y de palidez, de que no nos apercibimos si vemos diariamente al enfermo. Algunos hay cuyo rostro permanece en un estado, si no natural, próximo á ello, hasta los últimos dias ó al menos hasta el último mes; y así sucedió en cinco casos de entre diez y seis en que se prestó bastante atencion al estado de la cara. En los demas sugetos sobrevino en medio de la enfermedad ó en los tres ó cuatro últimos meses una alteracion notable. Estaba la cara amarilla, pálida, ya descolorida, ya atezada, color de aceituna, de alajú, ó tan solo muy pálida. Pero cualquiera que sea este color, no participan de él las escleróticas: permanecen blancas ó con un blanco azulado cuando estan muy demacrados los tejidos. Vése, pues, que ni con mucho es constante la coloracion amarilla ó amarillo-terrosa que se ha tenido como carácter de las afecciones cancerosas, y que en vano trataríamos de descubrirla en el principio de la enfermedad. Cítanse, sí, algunos casos, que son en aquellos marcha muy rápidamente la enfermedad, de haberse alterado desde luego notablemente el rostro, pero en que se cuentan pocos de esta especie.

Estas alteraciones progresan espantosamente en los últimos dias de enfermedad, y son tanto mas notables cuanto mas natural haya permanecido hasta entonces. Llegada esta época se afilan cada vez mas las facciones, se ahuecan los carrillos, y la tez se torna atezada y aun negra, como sucedió en un sugeto cuya observacion tengo á la vista.

El enflaquecimiento de la cara progresa incesantemente, y á tanto llega cuando la enfermedad se eleva á un grado avanzado, que la piel parece pegada á los huesos, y con el menor movimiento de los músculos se forman en ella numerosas arrugas. Semejante aspecto se observa principalmente

cuando llega á haber muchos vómitos diarios: mas no se crea por ello que los vómitos alimenticios y las digestiones imperfectas que son consiguientes constituyen circunstancias necesarias para producir un enflaquecimiento considerable; tambien se ha notado este en sugetos que rara vez vomitaron, y suelen bastar para que rápidamente se efectúe la pérdida mas ó menos completa del apetito, una alimentacion parca y la influencia de la degeneracion cancerosa en todo el organismo.

Fuera de los momentos en que se sienten los dolores espontáneos, mas frecuentemente que *sufrimiento*, revela la fisonomía, languidez, fatiga, abatimiento. Algunas veces solamente tienen retratada la tristeza; pero tambien puede conservarse cierto aspecto de buen humor, como sucedió en un caso observado por Louis.

El *color general* está en relacion con el del rostro, pero sin ser tan subido. Así es que en el cuerpo no se ha visto el tinte atezado ó negro que tomára la cara; no obstante que alguna que otra vez tienen, como ya dijimos, un ligero color de aceituna el tronco y los miembros.

El enflaquecimiento del cuerpo sigue tambien los progresos del del rostro; y así como este, llega á ser muy profundo en los últimos tiempos, cuando se tornan abundantes los vómitos. Hay sugetos que entonces pasan en algunos dias de una robustez mediana á un marasmo completo, que es el estado á que vienen á parar todos los sugetos que sucumben al cáncer del estómago, á menos que no los arrebate una pasion intercurrente. Con frecuencia es del todo esquelética la demacracion en los postreros dias y aun en las últimas semanas, resaltando mas la de los miembros y de la cara en los sugetos que tienen una ampliacion considerable del estómago, por el abultamiento del vientre que le es consiguiente. Este enflaquecimiento le compara Louis al de las demas afecciones crónicas; pero por lo general es mas profundo, como lo prueba la autopsia, manifestando los vasos mas retraidos que en ninguna otra enfermedad y mas pequeño el corazon. (*V. Louis, Recherch. per la Phthis*).

7.° *Síntomas generales.* Durante mucho tiempo no se observan síntomas generales de consideracion: el pulso permanece normal ó es notable por su lentitud; y lejos de desarrollarse calor febril, viene, por el contrario, con mucha frecuencia, un descenso de temperatura, principalmente en las estremidades. Casi nunca hay cambios hasta los dias postreros, ó cuando mas hasta el último mes; pero entonces se

mo raro que estuviese afectado este orificio sin que se estendiera mas ó menos la lesion siguiendo dicha corvadura.

Por lo comun, cuando afecta el cáncer este último punto, tiende á invadir la parte próxima de la pared posterior; es raro que avance en la anterior, y algunas veces, en fin, rodea del todo al estómago. Sin pretender que siempre tome el cáncer del estómago este asiento, y reconociendo que en alguno que otro caso ocupa distinto punto la lesion, debo sin embargo notar semejante predileccion por la corvadura menor y el píloro, porque este es uno de los argumentos mas fuertes que podemos oponer á los que pretenden que el cáncer nace de la inflamacion. En efecto, hácia la corvadura mayor y hácia la tuberosidad, y no en la menor, es por lo comun donde se manifiesta la inflamacion; y aunque se haya dicho que puede propagarse por los vasos linfáticos, parece al menos muy sorprendente que siempre ó casi siempre respete la afeccion cancerosa el punto de donde precisamente haya partido.

Entrando ahora en el exámen de la membrana mucosa del estómago, encontraremos que por lo comun está alterada, roja, violada, reblandecida, mamelonada, en una palabra, que presenta algunos signos de inflamacion crónica á poca distancia del punto que ocupa el cáncer; pero que tambien hay cierto número de casos en que se halla sana hasta llegar al punto alterado, y que por consiguiente si se puede decir que en una época mas ó menos adelantada de la enfermedad se agrega cierto grado de inflamacion á la afeccion cancerosa, no por esto hay motivo para deducir que el cáncer es de orígen inflamatorio.

Llegada ya al cáncer, se presenta la mucosa con dos aspectos diferentes: ó no padece ninguna solucion de continuidad, ó está ulcerada en mayor ó menor estension: entre 32 casos en que se ha descrito exactamente el estado de la membrana, únicamente faltaba la ulceracion en nueve. Muy notable es la alteracion que en estos últimos casos presenta dicha membrana. Engrosada á veces muchísimo, puesto que toma tres ó cuatro veces mayor grueso de lo ordinario, casi siempre está formada por una sustancia dura, de un blanco azulado ó ligeramente ceniciento, semitrasparente, de corte lustroso, quebradiza, y que algunas veces cruje bajo el escalpelo; y suele ofrecer tambien algunas manchas rojizas, rosadas, ó tan sólo amarillentas, que al parecer indican la formacion de algunos vasos capilares. Por último, no hay punto de la membrana mucosa que presente esta lesion, en que no se

halle dicha membrana tan adherida al tejido submucoso, que sea muy difícil separarla de él.

En el mayor número de casos hay, como he dicho, una ulceracion, de dimensiones tan variables que puede ocupar toda la corvadura menor, ó solamente la tercera ó cuarta parte de este espacio. Algunas veces está destruida la mucosa en muchísima estension, y así es que en un sugeto faltaba en las cinco sestas partes del estómago; pero entonces además de los progresos del cáncer, hubo reblandecimiento, que es ó no inflamatorio, que, estendiéndose á lo lejos, destruyó la mucosa.

Cuando esta membrana está ulcerada esclusivamente por los progresos del cáncer, se observa lo siguiente: Desde que llega al punto ocupado por la lesion cancerosa, ó aun antes toma el aspecto ya descrito, que se estiende mas ó menos, y despues se encuentra profundamente corroida ó del todo destruida, viniendo á terminar en los bordes de la ulceracion, sea adelgazándose, sea, por el contrario, engrosándose mucho, y formando en este caso bordes altos y salientes. En un sugeto habia una simple erosion la mucosa, y no estaba alterada alrededor: parecia que habia sido destruida solamente por desgaste, y sin embargo es indudable que el tejido subyacente se hallaba canceroso. ¿Si sobrevendria en el curso del cáncer una inflamacion que determinase la inflamacion simple de la mucosa? Tambien hay casos en que la membrana mucosa forma en el borde de la ulceracion dos especies de festones, como si estuviese picada mas bien que destruida por un trabajo orgánico.

No menos notables son las alteraciones del tejido submucoso. Cuando no hay ulceraciones, ó en los puntos que no han sido invadidos por el trabajo ulcerativo, tiene un engrosamiento que puede variar entre 0,002 á 0,013, ó 0,014 m., y que por lo comun no es blando. Sin embargo en un caso era de esta clase; pero en muchos otros, ofrecia una consistencia notable, hasta al punto de crujir el tejido y de tener en un sugeto dureza casi cartilaginosa. Estos son los casos en que el tejido canceroso cruje bajo el escalpelo, y cuando se ha admitido la existencia de un escirro.

Modificado así este tejido, está, como mas arriba dijimos, tan adherido á la mucosa, que es muy difícil separarle de ella; y si alguna vez estuvo algo móvil, fué por participar poco de su alteracion. El tejido varía de color: blanco por lo comun, suele tambien ser blanco ceniciento, rosado, amarillento, blanco como la leche ó azulado. En cierto

número de casos se encuentran reunidos estos matices en mayor ó menor número, de tal suerte que aparece salpicado de ellos el tejido. Muchas veces presenta muy brillante su corte, y en algunas ocasiones está sembrado de manchas de color mate que resaltan en dicho fondo. En 2 casos, cuyas observaciones tengo á la vista, era firme, brillante y quebradizo en la mitad de su grosor, en tanto que en los puntos por donde se reunia con la muscular se hallaba flexible, acercándose al estado natural. Pero ya volveré á ocuparme de este hecho importante.

En vano se buscan en el tejido así alterado vestigios de estructura: casi siempre se torna mas ó menos perfectamente homogéneo, y cuando no lo está, es porque la alteracion que acabamos de describir no le ha invadido sino por zonas. Pero lo mas digno de llamar la atencion son los tabiques que envia al espesor de la membrana muscular, donde penetran perpendicularmente. Estos tabiques aproximados, y dispuestos mas ó menos simétricamente, forman algunas veces espacios separados que reciben al tejido muscular, que en semejante caso siempre está notablemente alterado. Son dichos tabiques blancos, resistentes, parecidos á tejido celular mas ó menos indurado, y van á fijarse hasta sobre la túnica peritoneal. Cuando se dá un corte perpendicular en la pared del estómago, se vé claramente que dichas prolongaciones se desprenden del tejido submucoso, que suele estar infiltrado de serosidad mas ó menos oscura y aun purulenta, como sucedió en uno de los sugetos cuyas observaciones he reunido.

En los puntos ocupados por una ulceracion puede no hallarse mas que corroido á poca profundidad el tejido submucoso, presentándose entonces debajo blanco, ó blanco ceniciento y opaco. Tambien suele estar convertido en mayor ó menor estension en un detritus ceniciento ó lívido, que forma filamentos adherentes todavía, que nadan en el agua vertida sobre la ulceracion. Hay, por último, no pocos casos en que le ha invadido del todo la ulceracion, y queda al descubierto la membrana muscular.

Esta ofrece alteraciones que, si bien descritas ya por Louis (*loc. cit.*), tengo que decir dos palabras acerca de ellas, con motivo de que los hechos que he podido consultar ofrecen algunas particularidades notables. La túnica muscular, hipertrofiada siempre mas ó menos estensamente, á menos que no sea muy superficial el cáncer, como sucedió en un sugeto que tan solo tenia degenerada la membrana mucosa,

adquiere un grosor que varía entre 1, 2, ó 3 líneas, y principalmente le tiene considerable en el punto ocupado por el cáncer; allí donde casi siempre vienen las fibras á confundirse en un tejido homogéneo y sin estructura, que respecto de consistencia, color, homogeneidad y aspecto brillante, ofrece los mismos caractéres que el tejido precedente. Y si bien hay casos en que aún están visibles las fibras musculares en el punto que ocupa el cáncer, presentan sin embargo muy á las claras la degeneracion de que hablo.

Si examinamos la túnica muscular lejos del centro de la alteracion, se vé que casi siempre cesa de pronto su degeneracion alrededor de aquella, y solamente queda en sus fibras una hipertrofia simple. En algunos casos se la ha encontrado homogénea y opaca en el centro del tejido alterado, con fibras distintas de color gris azulado en la circunferencia, y que ya tomaba sus caractéres normales en cuanto pasaba de ella.

Hé aquí lo que sucede respecto á la membrana muscular, cuando hay una ulceracion: ó está destruida total ó parcialmente en todo su espesor, ó lo está solamente en un punto, ó en fin queda tan solo denudada. En ambos casos, y aproximándose al centro de la ulceracion, se confunden las fibras y toman un color blanco opaco; pero en el primero está además cortada de pronto la membrana muscular mas ó menos regularmente, y no quedan ya vestigios de ella en el tejido alterado que forma el fondo de la ulceracion. En un caso hubo cosas muy notables: por todas partes se veian perfectamente las fibras musculares, y solamente al llegar á los límites de la alteracion cancerosa cambiaban de pronto su naturaleza; de modo que antes de penetrar en ella tenian los caractéres normales, é inmediatamente despues se tornaban blancas, brillantes, quebradizas, presentaban, en fin, esa trasformacion de tejido que ya hemos dado á conocer al tratar de la mucosa y del tejido submucoso. Hay otro caso en que en vez de ser blanca, azulada ó cenicienta la membrana muscular, se parecia en su color á la tela de cebolla; aspecto que últimamente he visto una vez.

Aunque la membrana muscular vuelve á su estado normal relativamente á flexibilidad, color y estructura en pasando de la lesion, permanece, sin embargo, muy engrosada en una estension mas ó menos considerable: de aquí es, que las fibras son gruesas y forman hacecillos en estremo distintos, que se marcan en la mucosa, y mas aun, como hemos dicho, en la membrana peritoneal. Algunas veces es general en el estómago este engrosamiento; pero es mucho mas frecuente

que, disminuyendo á medida que se aparta de la lesion, desaparezca hácia el gran fondo.

Sin negar que en mucha parte es debida la hipertrofia de la membrana muscular á la retencion mas ó menos prolongada de las materias en el píloro, y á los esfuerzos repetidos para vomitar, parece evidente que no es esta la única causa, por cuanto se ha visto notablemente engrosada la muscular en casos que por solo su influjo no podia esperarse tanto incremento, y porque donde mas se manifiesta la hipertrofia, es en los puntos ocupados por la lesion y donde ha residido el cáncer.

No es solamente en las paredes del estómago donde la membrana muscular presenta estas lesiones: de ellas y la hipertrofia participa la del esófago, y muchas veces hasta muy arriba, siempre que el cáncer está próximo al cárdias, y con mucho mas motivo cuando se estiende á este orificio.

Si pasamos ahora á considerar de un modo general qué resultados dan estas diversas lesiones de tejido, nos encontraremos con que en el mayor número de casos hay tumor formado por el engrosamiento de los tejidos mucoso, submucoso y muscular, y que este tumor, variable en cuanto á su grueso, que ocupa la corvadura menor ó sus inmediaciones, aproximándose al píloro, ó, lo que es mas raro al cárdias, ocasionaba la dureza percibida durante la vida. Tambien vemos que en último término se apodera de los tejidos la ulceracion, principiando por la mucosa, que puede ser la única destruida y dejar á d escubierto el tejido submucoso mas ó menos alterado, donde á su vez entra la erosion y queda enteramente destruido, acabando por la membrana muscular, sin que quede intacta mas que la peritoneal.

La membrana muscular no está nunca tan destruida como las partes que la cubren; resultando de aquí que la ulceracion va recogiéndose á medida que se aproxima al centro. En el artículo *Perforacion del estómago* hemos visto lo que sucede cuando tambien se encontraba la destruccion en la membrana peritoneal, y los diversos resultados que esto tiene, segun que tapa ó no la abertura accidental un órgano próximo; así es que me escuso volver á tocar este punto.

Hay casos en que la hipertrofia está dispuesta de modo que no se forma tumor. El engrosamiento está, por decirlo así, generalizado; la mucosa, el tejido submucoso y la membrana muscular forman tres capas gruesas y resistentes, que, partiendo de la porcion pilórica, van adelgazándose hácia el fondo mayor; y el órgano tiene entonces tan duras sus pare-

des, que, aun cuando esté vacío, no se deprimen lo necesario para ponerse en contacto, y que hasta cierto punto conservan su corvadura cuando se les divide.

Con esta descripcion creo que es fácil comprender las diversas variedades del cáncer que ocupa el estómago. Hemos visto que el tejido toma un aspecto rojizo salpicado, que se torna blanco mate y se reblandece; pues en los casos en que esta degeneracion adquiere bastante estension, se dice que hay *cáncer encefaloides ó cerebriforme*. Si el líquido que, como hemos visto, se derrama en corta cantidad en el tejido sub-mucoso, es abundante, tiene una apariencia gelatinosa, y está contenido en areolas, desígnase con los nombres cáncer *gelatiniforme ó coloides;* de cuyo género ha observado un caso muy notable Vernois (*Bull. de la Soc. anat.* 1835). Por último, si es irregular, blanda y parecida á vegetaciones grandes la tumefaccion, denomínase la enfermedad *fungus* ú *hongo canceroso*. Sin que sea mi intento negar absolutamente la posibilidad de que nazcan á un mismo tiempo todas estas variedades, diré, sin embargo, que en todos los casos bien observados que tengo analizados, todo ha sucedido como llevamos espuesto, y que siendo por lo menos muy raros los hechos contrarios, parecen no de mucha importancia esas formas particulares. Lo mas digno de llamar la atencion es la degeneracion de tejidos diferentes en una sustancia homogénea, sin estructura distinta, y con incesantes progresos. Veamos pues qué nos dicen los hechos analizados.

Cuando no hay ulceracion, principia el tejido á presentar el aspecto blanco mate y algunos puntos menos duros en el centro del cáncer, y en el circuito todavía se encuentra casi siempre blanco-azulado, brillante, quebradizo, y á veces semi-trasparente el tejido. Si el cáncer está poco adelantado y solamente invade una túnica, por ejemplo la mucosa, como de ello se cuenta un caso, no hay mas que estos últimos caractéres; pero cuando la ulceracion ha invadido las partes, donde se observan color mate, reblandecimiento, aspecto rosado, etc., es en su centro, y aun podemos ver en su circuito los tejidos particulares de que acabo de hablar. Parece, pues, que todo viene á probarnos que la primera transformacion de los tejidos afectados de cáncer, es en esa materia azulada, quebradiza, brillante y semi-trasparente; que hasta mas adelante no presentan el aspecto de tejidos reblandecidos, fungosos, etc., y que en esta degeneracion hay algunos puntos de contacto con lo que hemos notado en la

transformacion tuberculosa. Tal vez se citarán algunas escepciones; pero en vista de los hechos precedentes no se puede negar que esta sea la regla y un argumento mas contra los que atribuyen la degeneracion cancerosa á una inflamacion antigua.

En cuanto al punto preciso por donde principia esta degeneracion, muy á menudo le encontramos en la mucosa, membrana que, como hemos visto, estaba esclusivamente afectada en un sugeto, y es la primera que se ulcera. Pero no siempre sucede así: en otro sugeto hemos encontrado perfectamente sana la mucosa, al paso que por debajo estaba alterada la superficie del tejido sub-mucoso, y en tal caso es indudable que la lesion no habia podido principiar por la mucosa. Verdad es que algunos autores, y Andral en particular, pretenden que esta membrana ha solido presentar en cierta época una alteracion que desapareció en seguida; mas en el sugeto de que se trata aun estaba incipiente la enfermedad: la mucosa no habia tenido tiempo de volver á su estado normal, y es seguro que si fundada fuese esta opinion, se hubieran encontrado algunos vestigios de flegmasia, aunque no fuese sino en el color del tejido.

En cuanto á las materias contenidas en el estómago, varian segun los individuos. Cuando por lo comun son abundantes en los que padecen una dilatacion del estómago, suelen en otros no consistir mas que en una corta cantidad de mucosidades. Con mucha frecuencia se encuentra un líquido espeso, negruzco, parecido al hollin desleido ó al poso del café, ú obscuro como el chocolate, tal, en fin, como le hemos visto en las materias vomitadas; y algunas veces son tan espesas las mucosidades que con muchísima dificultad se desprenden de la superficie de la mucosa. En un caso, cuya observacion tengo á la vista, hubo una cantidad no muy grande de materia negra, líquida, en medio de la cual se encontraban fragmentos negruzcos sólidos, que fácilmente se reducian á papilla é imitaban bastante bien el aspecto de las criadillas de tierra; materia que, como vemos, se aproxima mucho á la melanosis que se observa en los diversos tejidos, y esto constituye un hecho que viene en apoyo de la opinion de los que creen que la melanosis se forma de sangre alterada. Por último, aunque es mas raro encontrar en el estómago verdaderos coágulos, no por eso se ha dejado de observarles alguna que otra vez, aun cuando no se hubiese padecido hematemesis propiamente dicha, coágulos que pueden ser enormes si ha habido gastrorragia.

Pasando ahora á esponer rápidamente las demas alteraciones que se encuentran en los sugetos que sucumben al cáncer, nos hallaremos con que muy á menudo se ve la degeneracion cancerosa en los órganos próximos, y particularmente en el hígado, víscera que forma el fondo de las ulceraciones, ó que, permaneciendo enteramente libre, presenta chapas de materia cancerosa; se ve degenerado el páncreas y la cápsula suprarenal derecha, degeneradas las paredes del colon, y aun las venas algunas veces, como de ello referia un ejemplo notable Pressat (*Bull. de la Soc. anat.*, 1836); cánceres, como ya he dicho, en el omento gastro-hepático, cánceres en otros órganos, y particularmente en el útero; casos, en fin, solemos ver de una perforacion del estómago que establece comunicacion entre la cavidad de este órgano y el peritoneo ó el colon transverso, y que segun Rokitanski entra en la clase de las úlceras perforantes del estómago, lesiones de continuidad de que he hablado en uno de los artículos precedentes (*véase Perforacion del estómago*). Hé aquí ya las lesiones que mas directamente se refieren al cáncer.

En seguida vienen el edema, y las colecciones de serosidad en el abdomen; las varias flegmasías, ya mencionadas, de las vias respiratorias, y los tubérculos, que alguna que otra vez han coincidido con el cáncer. En cuanto á los demas órganos, casi siempre están muy demacrados; que es lo que principalmente se observa en el corazon, cuyo volúmen se queda á veces casi en la mitad, y que siempre está resistente y pálido. Pero habiendo dado hace poco tantos detalles, creo que no debo estenderme mas acerca del estado de estos órganos.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico del cáncer del estómago nos ofrece una de las cuestiones mas delicadas de su historia. Hay á la verdad entre esta enfermedad y muchas otras que residen en el mismo órgano no pocos síntomas comunes, ademas de que, como hemos visto y sucede tambien en cualquiera otra afeccion gástrica, pueden faltar muchos fenómenos importantes. Creo, sin embargo, que en estos últimos tiempos se han exagerado mucho las dificultades de este diagnóstico. Andral, entre otros (*Clin. méd.*, 3.ª edic., tomo II, pág. 136 y sig.), se ha ocupado principalmente en hacer resaltar los puntos de semejanza del cáncer y de la gastritis crónica, sin detenerse lo necesario en las diferencias que muchas veces

hay entre ambas enfermedades. Veamos, pues, cómo se puede llegar mediante los hechos al diagnóstico del cáncer. Desde luego hay que distinguir el cáncer incipiente del que se encuentra bastante desarrollado, porque efectivamente varían mucho las dificultades en ambos casos.

Los casos de cáncer incipiente, ó de que todavía no ha hecho muchos progresos, son en los que mas espuestos estamos á errar, y sin embargo hay cierto conjunto de signos que abren camino al médico. ¿Será posible confundir esta afeccion con la *gastritis aguda*? Al estudiar los síntomas hemos visto ya que algunos cánceres, pocos por cierto, son notables por su invasion rápida, y que en poco tiempo suelen manifestarse dolores epigástricos y vómitos frecuentes; pero nótese, en primer lugar, que cualquiera que sea la rapidez con que venga el cáncer, no hay movimiento febril pronunciado, y en segundo que no se observan vómitos biliosos, sino de alimentos y de bebidas á la par que regurgitaciones ágrias, y espulsion de mucosidades; signos que bastan para evitar el error, aún sin contar con la facilidad con que cede al tratamiento adecuado la gastritis aguda simple, en contraposicion de la persistencia é incremento de los síntomas del cáncer. En cuanto á la gastritis aguda que viene como complicacion de otra enfermedad, es circunstancia que sirve tambien para el diagnóstico, sobre todo si se reune á los demas signos que acabo de mencionar.

Mas difícil es en el principio de ambas enfermedades el diagnóstico entre el cáncer y la *gastritis crónica*. Pero, recordemos que esta viene con mas frecuencia que la gastritis aguda á complicarse con otra afeccion y particularmente con las crónicas; que, aunque menos constantes, no por eso dejan de caracterizarle en el mayor número de casos los vómitos biliosos, y que aún en su principio se presenta ya con un aparato de síntomas bastante graves, puesto que hay fiebre, náuseas, vómitos, anorexia mas ó menos completa, y principalmente dolores en el epigastrio; síntoma que no se presenta en el cáncer hasta que está mas avanzada la enfermedad. Sin embargo, tenemos que confesar que en los casos escepcionales citados en el artículo *Gastritis crónica simple*, Tom. V, pág. 279, son mucho menos ostensibles estos síntomas; que puede ser latente la enfermedad; y reconozcamos que en el estado actual de la ciencia hay que renunciar á un diagnóstico preciso en algunos casos, si bien sumamente raros, y que no merecen tanta importancia como se les ha dado.

Tambien se distingue en esta época el cáncer del estóma-

go, de la *gastritis ulcerosa* simple, por la violencia mayor de sus síntomas. Con todo, aun hay mucho que hacer para dar á este diagnóstico la precision que se desea; lo que principalmente consiste en que habiendo incluido entre los casos de esta afeccion los autores que se han ocupado de la ulceracion simple del estómago, úlceras de naturaleza mas ó menos problemática, no tienen todo el valor necesario los síntomas que atribuyen á la gastritis ulcerosa simple. En dos casos que tengo á la vista, entre los que principalmente hay uno en que es indudable la simplicidad de las ulceraciones, principió la enfermedad por cólicos vivos, y despues venian vómitos apenas se tomaban alimentos, por pocos que fuesen. Por lo demas, creo que con los elementos insuficientes que tenemos no debo insistir en un diagnóstico que reclama mas investigaciones.

La *gastralgia* es ya la única enfermedad con que en algunos casos puede muy fácilmente confundirse el cáncer del estómago; pero este diagnóstico será mas oportuno en el artículo siguiente, despues de describir los síntomas de esta última enfermedad.

Cuando *el cáncer está mas adelantado*, resulta mucho mas fácil el diagnóstico. En efecto, entonces queda escluida toda idea de gastritis aguda, y en cuanto á la *crónica simple*, tenemos para distinguirla las diferencias siguientes: en la gastritis crónica simple no se observan los vómitos negros, de color de hollin ó de chocolate, que vienen en el cáncer del estómago; porque si bien es verdad que Andral dice que los ha visto en algunos casos en que únicamente ha encontrado inflamacion crónica, él mismo, sin embargo, manifiesta que casi siempre consistian entonces las lesiones en una hipertrofia con degeneracion particular, y á nosotros nos consta que estas alteraciones, que evidentemente son cancerosas, no constituyen á su modo de ver mas que una forma anatómica de la gastritis crónica. En los vómitos del cáncer del estómago hay la notable particularidad de que antes de tocar la enfermedad á su fin, época en que pueden venir incesantemente, se efectúan sobre todo cierto tiempo despues de tomar los alimentos, y que lo que en ellos se arroja son los alimentos de la víspera ó aun de la antevíspera; de cuya particularidad no hemos encontrado ejemplo en la gastritis crónica simple. Tambien pueden servirnos en este diagnóstico los signos de caquexia cancerosa, que, como mas arriba vimos, vienen cuando aun no cuenta mucha existencia el escirro del píloro; y comparando las circunstancias

de la invasion, podemos por último resolver cualquiera dificultad en esta época.

Los diferentes diagnósticos que acabo de esponer no tienen importancia mas que cuando no se perciben en el epigastrio ni dureza ni tumor, y en aquellos en que el estómago no ha sufrido esa dilatacion notable llamada *ampliacion morbosa*. En efecto, cuando se manifiestan estos signos no hay ya lugar á creer en la existencia de una *gastritis crónica simple*, y todo nos induce á admitir la de un cáncer del estómago. Téngase sin embargo entendido, tocante á la ampliacion morbosa (véase el artículo *Dilatacion del estómago*), que puede encontrarse el mismo estado aun cuando no exista cáncer, y que entonces tenemos que formar otro diagnóstico, si bien fundándole en una circunstancia muy sencilla. Los hechos nos dicen que para que la dilatacion adquiera mucho espacio y baje el estómago hasta la pelvis, es necesario que la corvadura menor pueda descender á la altura ó por debajo del ombligo; pues en semejante caso vienen, por decirlo así, á ofrecerse á la esploracion, el tumor circunscrito, la dureza y la resistencia que tienen su asiento en este punto del estómago, y fácilmente se puede comprobar la existencia de la lesion orgánica. Y en prueba de que realmente sucede así, véase cómo ha correspondido exactamente el diagnóstico en todos los casos de este género.

Vienen á veces en el cáncer del estómago *vómitos de sangre*, y aunque hayamos admitido que la materia obscura, poso de café, etc., que en tantos casos se espele, consiste en sangre alterada, no hay que confundir estos vómitos con aquellos de sangre pura, ya líquida, ya en coágulos; porque nunca constituyen los primeros la materia de una verdadera gastrorragia tal como ya la hemos descrito. Pero ¿es posible asegurar, cuando se arroja sangre pura, que la hemorragia procede de un cáncer, y no de una exhalacion sanguínea? Veamos el artículo *Gastrorragia* (t. V, p. 218 y 220) y limitémonos ahora á reproducir el diagnóstico en el cuadro sinóptico.

Hay por último que recordar que el *cáncer puede permanecer latente* por muchísimo tiempo, como á menudo sucede con la misma degeneracion entre otros órganos, á fin de que no nos sorprenda ver en algunos casos que al parecer viene la muerte muy cerca del principio de la enfermedad.

1.° *Signos distintivos del cáncer incipiente con invasion rápida, y de la gastritis aguda.*

CANCER INCIPIENTE.	GASTRITIS AGUDA.
Desarreglos notables en la digestion.	Como que están á dieta los enfermos, *no es posible por lo general ver desarregladas las digestiones.*
No hay vómitos biliosos.	*Vómitos biliosos* repetidos.
Espulsion de *alimentos sólidos*, y bebidas.	Vomitanse líquidos; pero *no alimentos sólidos*, por que no los toma el enfermo.
Regurgitaciones agrias, viscosas.	No hay regurgitaciones agrias, y sí solo mucosidades.
No hay movimiento febril manifiesto.	*Movimiento febril* mas ó menos graduado.

2.° *Signos distintivos del cáncer incipiente y de la gastritis crónica.*

CÁNCER INCIPIENTE.	GASTRITIS CRÓNICA.
No se desarrolla *bajo la influencia de ninguna afeccion.*	Casi siempre *se complica con otra afeccion* crónica.
No hay vómitos biliosos, si ya no es accidentalmente.	Por lo regular hay *vómitos biliosos* frecuentes.
Se vomitan los alimentos *bastante tiempo despues de tomarlos.*	Cuando los enfermos no están á dieta, se vomitan los alimentos *poco despues de ingerirlos.*
Pesadez del epigastrio, mas bien que verdadero dolor.	Comunmente hay desde el principio *dolor mas ó menos vivo* en el epigastrio.
No hay movimiento febril manifiesto.	*Fiebre manifiesta*, pero que dificilmente se distingue de la que es efecto de la enfermedad principal.

Concluidos estos diagnósticos, deberíamos presentar en cuadro el del cáncer del estómago y el de la *úlcera simple*, si no encontráramos incertidumbres que no permiten espresarnos con el rigor debido.

3.° *Signos distintivos del cáncer ya adelantado, y de la gastritis crónica.*

CÁNCER YA ADELANTADO.	GASTRITIS CRÓNICA.
Vómitos *negruzcos*, poso de café, etc.	Vómitos *biliosos* ó de *materias alimenticias.*
Signos de *caquexia cancerosa.*	Simple enflaquecimiento y *no signos de caquexia cancerosa.*
Tumor y resistencia en el epigastrio.	*Ni tumor ni resistencia* en la region epigástrica.
Ampliacion morbosa del estómago.	Estómago *contraido mas bien que dilatado.*
Conmemorativos; las *circunstancias de la invasion* espuestas mas arriba.	Conmemorativo; las *circunstancias de la invasion* espuestas mas arriba.

4.° *Signos distintivos de la dilatacion simple del estómago y de la procedente del cáncer.*

DILATACION PROCEDENTE DEL CÁNCER.	DILATACION SIMPLE.
El tumor ó la resistencia cancerosa *se pierde fácilmente* cerca del ombligo, y de un dia á otro se dirige á la derecha ó la izquierda, segun que ha sido ó no evacuado por el vómito el estómago.	*Ni tumor ni resistencia.*

5.° *Signos distintivos de la gastritis sintomática del cáncer, y de la gastrorragia idiopática.*

GASTRORRAGIA SINTOMÁTICA DEL CÁNCER.	GASTRORRAGIA IDIOPÁTICA.
Desarreglos digestivos *mas ó menos prolongados.*	*No hay* desarreglos digestivos *ó son muy recientes.*
Demacracion mas ó menos profunda.	*No hay demacracion* manifiesta.
Tumor en el epigastrio.	*Falta de tumor* canceroso en el epigastrio.

Pronóstico. Habiendo dicho mas arriba que siempre termina funestamente el cáncer del estómago, parece que es inútil hablar del pronóstico. Pero, sin volver á esta propo-

sicion general, y admitiendo que es mortal de necesidad la dolencia, podemos, sin embargo, ver si hay algunos signos que anuncien la proximidad de la muerte. Cuando diariamente hay vómitos, y con mucha mas razon si vienen muchas veces al dia; cuando adquieren mucha intensidad los dolores epigástricos; y si sobreviene, en fin, edema en las estremidades y principalmente en el tronco, no tarda en llegar la muerte; y tambien la anuncian próxima los vómitos negros, puesto que no les hemos visto aparecer hasta que trae mucha fecha la enfermedad.

§. VI.—Tratamiento.

Pocos médicos hay que se hayan ocupado de una manera especial del tratamiento del cáncer del estómago, y casi siempre se ha combatido esta afeccion con los medios recomendados en los cánceres de los demas órganos, guiándose tambien muy á menudo por concepciones teóricas mas bien que por los resultados de la esperiencia. Por lo demas, en vista de lo que hé dicho acerca de la terminacion de la enfermedad, se conoce que no hay que dar mucha importancia á las varias medicaciones preconizadas por los autores. Mas no es inútil conocer los medios que se han usado; porque si evidentemente no influyen en la curacion de la enfermedad, sirven, sin embargo, de paliativos, y sabido es cuánto importa conocer cómo podemos hacer mas llevadero su estado á los sugetos en estas enfermedades dolorosas y de larga duracion. No imitaré á ciertos autores, y en particular á Prus, que han creido factible trazar de una manera general las reglas que han de seguirse en el tratamiento, fundándose para ello en el juicio que se formáran de la enfermedad y de las causas fisiológicas de los síntomas principales; que así llegamos á preconizar remedios cuya eficacia queda muy pronto desmentida por la esperiencia. Limitémonos, pues, á esponer las diferentes medicaciones usadas y apreciemos su valor.

Emisiones sanguíneas, emolientes y dieta. No es muy de estrañar que los médicos que han considerado el cáncer como una simple gastritis crónica, recomendáran las emisiones sanguíneas y los antiflogísticos; pero la esperiencia ha probado que ni las *sanguijuelas* aplicadas al epigastrio, ni las *sangrías*, ni las *bebidas emolientes*, han tenido los lisonjeros resultados que de ellos se esperaba. Raro es que las emisiones sanguíneas sean útiles ni aun como paliativos, y bien

pronto hay que renunciar á ellas con motivo del estado de caquexia, y de la demacracion de los enfermos. En cuanto á los emolientes, parece que en los primeros tiempos pueden tener algunos efectos ventajosos, puesto que van acompañados de una dieta mas ó menos rigurosa, y entonces consisten principalmente los síntomas en desórdenes digestivos mas ó menos manifiestos; pero muy pronto se ve precisado el médico, por la demacracion de que ahora hablamos, á moderar esa dieta severa, que de otra parte no se opone á los progresos de la enfermedad. Por lo demas, ya veremos en el artículo *Régimen* qué alimentacion ha de establecerse.

Tratamiento curativo. Casi todos los autores han hallado en la materia médica bastantes medios que consideran como específicos. Los que mas elogios han merecido son los narcóticos, medicamentos que voy á revisar rápidamente.

Narcóticos. En primera línea aparece la *cicuta*, que ha gozado de tanta reputacion, sobretodo desde que Stoerck (*Trat. quo demonstr. Cicut. non sol. usu int., etc.*; Viena, 1760) la preconizó como específico en el tratamiento del cáncer, y á él han recurrido el mayor número de los autores que se han ocupado de este tratamiento. Récamier (*Rech. sur le traitement du Cancer*, tomo 1.º) cree que su uso unido á una *dieta severa* es una de las mejores medicaciones que podemos entablar. Prus (*loc. cit.*) ha creido demostrar la accion de esta sustancia, citando un hecho en que cedieron á su administracion los desórdenes digestivos; pero este es el único que refiere Barras, y que hemos visto mas arriba le faltan los detalles necesarios para inspirar confianza. De otra parte, afirma J. Franck que ha usado este medio muchísimas veces sin obtener los mejores resultados, y á todos los médicos les ha sucedido otro tanto. En resúmen, si la cicuta tiene como sedante cierta influencia sobre los síntomas del cáncer, no está probado que posea una accion realmente curativa.

Este medicamento, que por lo comun se administra bajo la forma de estracto y en píldoras, se puede prescribirle como dice esta fórmula:

R. Extracto de cicuta. . . . . 1 dracma.
Cicuta en polvo. . . . . C. S.

Háganse píldoras de 2 granos para tomar dos por dia primeramente, é ir aumentando la dósis hasta 20 ó 30.

Algunas veces se ha dado este medicamento á dósis mucho mas altas.

Al mismo tiempo se puede aplicar en el epigastrio, bien una *cataplasma*, bien, como muchas mas veces se hace, un emplasto de cicuta. La cataplasma se hace simplemente de la manera siguiente:

R.	Cicuta pulverizada.	2 onzas.
	Harina de linaza.	C. S.
	Agua hirviendo.	

En cuanto al emplasto, este es el que principalmente se recomienda, cuya fórmula que pertenece á Planche:

R.	Elemi.	2 partes.
	Cera blanca.	1 parte.
Añádase despues de fundida esta mezcla:		
	Extracto alcohólico de cicuta. .	9 partes.
Mézclese.		

Casi hasta lo infinito podemos variar los preparados de la cicuta: lo esencial es usarlos pronto y á dósis bastante altas, en tanto que se está á la mira de los accidentes que sobrevengan.

Tambien ha sido muy recomendada la *belladona*; medio con el cual afirma Bayer (*Horn's Archiv.*, 1820—1821) haber curado verdaderos escirros. Verdad es que estos se padecian en la matriz; pero ya hemos visto que no se combate esta degeneracion con los mismos medicamentos cualquiera que sea su asiento.

De otra parte, hay muchos autores, entre los cuales hemos de contar muy principalmente á Huffeland y á Hannemann (*Beitr. Mecklen. Ærst. zur Medic. und Chir.;* Rostock, 1830, tomo 1.º) que preconizaron este medio, y sin embargo no le han usado solo. Las píldoras que Bayer daba son las siguientes:

R.	Belladona.	40 granos.

Háganse píldoras de á grano, que han de estar cubiertas con belladona en polvo, para tomar una cada tres horas.

Las reflexiones hechas á propósito de los narcóticos precedentes, son aplicables á los medicamentos del mismo género preconizados por muchos autores, ó sea al *beleño*, á la *yerba mora* y al *acónito*, medicamento con el que pretende haber curado dos cánceres del estómago Pablo d' Yvore, citado por Barras. Tales medicamentos habrán mitigado dolores mas ó menos vivos, aliviando á los enfermos en los de simple gas-

tralgia; pero carecen de todo valor los hechos que se han referido para probar su accion medicamentosa.

Antiespasmódicos. El *agua de laurel-cerezo*, recomendada por Janin, la *asafétida*, usada por muchos autores, entre quienes se cuenta á Prus, la *valeriana*, las *píldoras de Méglin*, el *éter*, el *castóreo* y el *almizcle*, son los principales medicamentos que de este género se han usado. Se puede admitir como hemos dicho respecto á los precedentes, que algunas veces han producido efectos ventajosos sobre algunos síntomas, y en particular sobre los dolores epigástricos y los vómitos; pero tambien sucede aquí que no hay ni un solo hecho que demuestre haberse curado el cáncer ni aun detenido su marcha. Al recurrir Janin al aceite esencial de *laurel-cerezo* no fue otra su intencion sino disminuir los dolores lancinantes; para lo cual usaba esta sustancia en forma de ungüento, tal como sigue:

R.	Ungüento rosado.	4 dracmas.
	Aceite esencial de laurel-cerezo. . .	40 granos.

ó bien bajo la forma de este linimento:

R.	Aceite de almendras dulces. . . .	1 1/2 onza.
	Aceite esencial de laurel-cerezo.	1/2 onza.

Las píldoras de Méglin han de administrarse á la dósis progresiva de 1 á 8 ó 10 por dia, que es como las prescriben Bayle y Cayol (*Dict. des Sc. méd.*) para quienes merece alguna confianza este medicamento.

Fundentes. Muy natural es que en una afeccion que por lesiones anatómicas principales tiene un tumor, se haya tratado de disolver el infarto con los medicamentos llamados *fundentes*. Los principales son todos aquellos en que entran el mercurio, el iodo y sus preparados.

Mercuriales. Aunque Morgagni (*De causis et sedibus* epist. XXX) recomendaba emplear el *mercurio en estado metálico*, dado caso que se creyere que un cuerpo estraño, como una moneda, descomponible por este agente, fuese la causa primordial de los accidentes; los casos de este género, han sido sin embargo muy raros, y acaso será mas acertado creer que la moneda se introdujo en el estómago despues de principiar el cáncer, y obstruyó el píloro.

Cuando se da el mercurio al interior, por lo comun es bajo la forma de *protocloruro*; preparado del que se ordenan 1, 2 ó 3 granos al dia, sin buscar mas que el efecto alterante, y evitando cuanto sea posible el purgante. En concepto de

Bayle y de Cayol merece alguna confianza este medio, recomendado ya por Jahn (*Mat. méd.*; Erfurth, 1818) y por Sandrock (*Journal de Siebol*), que asociaba los calomelanos á otras sustancias.

Tambien se han prescrito *fricciones mercuriales*, y con ellas y con algunas moxas aplicadas de cuando en cuando, afirma Holscher (*Hanov. Annalen fiir die ges. Heilk.*, t. 1.°, 1836) haber curado un cáncer del píloro, que si bien en concepto suyo era confirmado, el diagnóstico, sin embargo, no se funda en bases ciertas. J. Franck, apologista tambien de estas fricciones, usaba el ungüento siguiente:

R.	Ungüento de malvabisco. . .	2 onzas.
	Ungüento mercurial.	2 dracmas.
	Alcanfor.	12 granos.

Para fricciones en el epigastrio.

Preparados del oro. Las sales de oro, cuya accion es análoga á las mercuriales, han sido recomendadas por Chrestien, Wendt (*Anleit. zum Reseiptschreit.*; Breslau, 1826), Hannemann (*loc. cit.*) y otros muchos autores que han recurrido á este medio en no pocos casos de diferentes cánceres. Wendt recomienda las píldoras siguientes:

R.	Hidroclorato de oro.	6 granos.
	Estracto de cicuta.	áá 2 dracmas.
	Cicuta pulverizada.	

Háganse cincuenta píldoras, de las que se tomará una por la mañana y otra á la tarde.

Con las sales de oro se han practicado ademas *fricciones en la lengua*, lo mismo que en las afecciones sifilíticas (*véase* tomo V, *Ulceras sifilíticas de la garganta*).

Preparados iodurados. El ioduro de potasio es el que mas se emplea entre los medicamentos de esta especie. En concepto de Barras se le debe dar á un mismo tiempo interior y esteriormente. Para uso interno se puede prescribir el ioduro de potasio á la *dósis de* 20 *á* 30 *granos en* 16 *onzas de líquido*, y para uso esterno se dan fricciones en el epigastrio con la pomada siguiente:

R.	Hidriodato de potasa.	1 dracma.
	Manteca.	1 onza.

Mézclese.

Para una friccion por la mañana y otra á la tarde.

A fin de fundir el tumor se ha prescrito tambien el *jabon*

medicinal, medicamento que J. Franck une al aloes de la manera siguiente :

℞. Jabon medicinal. . . . . 4 dracmas.
Estracto de aloes. . . . . 40 granos.
Estracto de grama. . . . . 1 onza.

Háganse píldoras de 3 granos, rodadas en iris de Florencia, para tomar cinco al dia.

Ferruginosos. El *carbonato de hierro* ha sido recomendado para muchos cánceres por Rudolph (*Hufeland' s Journal*, tomo 58) que le unia al estracto de caléndula. Tambien se han usado la *tintura de hidroclorato de hierro* y las *limaduras* del mismo metal. Pero entre los medicamentos ferruginosos, el que mas se ha elogiado es el oxifosfato de hierro, por cuyo medio asegura Fuzet-Dupouget haber obtenido efectos muy ventajosos (Rev. méd.; *Uso del oxifosfato de hierro para combatir el cáncer*, por Dupouget, hijo) administrando el medicamento á la dósis de 3 á 10 granos tres veces al dia.

Preparados arsenicales. Hasta el arsénico se ha empleado como medio curativo del cáncer en general y aun del estómago ; pero como de ningun modo está probado que tenga virtudes ni aun paliativas, es inútil admitirle en esta categoría, visto lo peligroso que puede ser.

Si hubiese de citar todos los medicamentos que se han aconsejado como específicos, apreciando tambien su valor, escederia en mucho los límites de este artículo. Asi, pues, solamente voy á citar los principales, á fin de poder someter á la esperiencia todas estas medicaciones de virtudes problemáticas.

El *antimonio crudo* á dósis altas (1 draema unida á 6 granos de cicuta) ha sido recomendado por Polese (*Cons. méd.*, 1835); el *plomo*, por algunos médicos alemanes ; estan elogiados, en fin, como medios capaces de curar los cánceres, el carbon *vegetal ó animal*, la *sal amoniaco*, el *musgo de Córcega*, recomendado por Farr (*an Essay on the effects of the fucus helmint. upon Cancer*, Londres, 1822), el *jugo gástrico* y aun *el lagarto gris* (Gourlay, *Ann. de litt. med. etr.*, tomo 14). Otro tanto sucede con la *pulpa* y el *jugo de la zanahoria* tomados al interior ó aplicados en cataplasma; con el *estracto de saponaria* y de *trebol acuático*, recomendado por Fodére, el *acetato de potasa* prescrito por Huxham y Tod, y otras muchas sustancias cuya enumeracion nos cansaria.

Es indudable que para conceder algun valor á tales reme-

dios, se necesitan muchos hechos bien observados y severamente analizados, y casi nunca encontramos mas que aserciones infundadas. Compréndese, pues, que seria inútil insistir mas en este tratamiento con pretensiones de curativo; pero no debo pasar en silencio el paliativo, que es el mas interesante para el médico. En él ponemos la esperanza de poder aliviar sufrimientos, vivísimos con frecuencia, de suspender síntomas muy molestos, y quizá tambien de hacer menos rápidos los progresos de la enfermedad.

Tratamiento paliativo. El primer síntoma que hay que combatir, es el *desórden mas ó menos grave* que sobreviene *durante las digestiones.* Antes que se conociese bien el cáncer del estómago, se trataba de disipar estos síntomas prescribiendo los diferentes medicamentos llamados *estomacales*, y con este fin fueron inventados la mayor parte de los *elixires* que tanta reputacion tuvieran en los siglos precedentes. Pero los autores modernos se han opuesto, y con mucha razon, contra el uso indiscreto de esas sustancias que en vez de favorecer la digestion, pueden tornarla mas penosa y producir efectos nocivos. Actualmente se halla reconocido que el medio mejor para facilitar las digestiones está en disminuir la cantidad de alimentos, en elegirles de entre aquellos que se digieren pronto y fácilmente, y en vez de prescribir alcohólicos al fin de la comida, suprimir hasta el vino, ó no permitirle sino en corta cantidad. Solamente en los casos en que desde el principio marche muy rápidamente la enfermedad, casos raros como ya hemos visto, hay que someter á los enfermos á una dieta algo severa hasta mitigar los primeros síntomas: téngase siempre presente que muchas veces se les debilita así y no se saca fruto.

Los *dolores epigástricos* merecen despues toda la atencion del médico, y en siendo violentos, lancinantes, es cuando al parecer han probado mejor los *narcóticos* y los *revulsivos* al esterior. Habiendo ya hablado de los primeros, solamente tengo que añadir que los medios mejores para combatir estos dolores, son de 3/5 de *grano* á 1 *de opio por la tarde*, 6 *dracmas* á 1 *onza de acetato de morfina* en todo el dia, y un vejigatorio pequeño en el epigastrio que absorba diariamente de 2/5 de *grano* á 1 entero *de hidroclorato de morfina.* Cuando son en estremo vivos y privan de todo reposo, como sucede, aunque poco frecuentemente, en algunos casos, hay que elevar gradualmente las dosis, duplicarlas y aun quintuplicarlas, sin que sea inconveniente producir en los enfermos cierto grado de narcotismo.

En cuanto á los *revulsivos*, consisten en *vejigatorios* ambulantes mas ó menos repetidos ó en uno fijo en el hueco del epigastrio; en *sedales ó cauterios*, empleados inútilmente por muchos autores con objeto de fundir el cáncer, y en *moxas* pequeños, como recomienda Larrey, ó bien en simples fricciones con un linimento compuesto de

R. Aceite de croton. . . . . 30 gotas.
Aceite de almendras dulces. . . . 3 dracmas.
Para fricciones hasta que nazcan muchos granos.

Tambien se dan estas fricciones con *pomada de Autenrieth*, *bálsamo opodeldoch*, un *linimento amoniacal*, en una palabra, con cualquiera sustancia irritante. Pero sépase que muy frecuentemente se estrellan estos medios contra los dolores producidos por el cáncer, y que si tanto les preconizan algunos autores es por referirse á otras afecciones y principalmente á la gastralgia. Lombard (*Gaz. méd.*, 1836, pág. 89 y sig.) consiguió detener los vómitos con el *óxido de bismuto*. (*Véase* tocante el uso de esta sustancia, el artículo *Gastralgia*).

Aunque tambien obran contra los *vómitos* los remedios que acabo de citar, hay otros sin embargo que son mucho mas eficaces, á lo menos si se juzga por lo que pasó en algunos de los casos que he analizado: quiero decir de las *bebidas gaseosas*. Estas son, como todos saben, el *agua de Seltz*, la *pocion de Riverio*, en una palabra los líquidos que contienen una buena cantidad de ácido carbónico. El agua de Seltz fue el medio que se administró en los casos de que hablo, y me figuro que este líquido es mas del caso que la pocion de Riverio, que por contener un ácido fuerte podrá ser irritante para el estómago. Entre los cuatro casos en que se prescribió dicha agua, hay dos en que no ejerció influencia evidente en los vómitos; pero en otros dos sugetos, frecuentes y todo como eran, pues que repetian una ó dos veces al dia y contaban ya muchos meses de fecha, cesaron al cabo de siete á ocho dias de la administracion del agua Seltz, y no volvieron hasta el fin de la enfermedad; y aún sugeto de ellos hubo que esperimentó una calma profunda, recobró algun apetito, y se sintió tan mejorado que creia iba á curarse. Motivos son estos para no cesar de recomendar una medicacion tan sencilla. El *agua de Vichy* (fuente de los Celestinos) y *la de Bussang*, tienen bajo del punto de vista á que nos referimos no solo las mismas virtudes que la de Seltz, sino que tambien

obran como *fundentes*, propiedad que hace mas recomendable su administracion (1).

Los *líquidos helados* y la *aplicacion de hielo al epigastrio*, han solido tambien producir la suspension de síntoma tan penoso, y por tanto deberá apelarse á estos medicamentos si no bastan los precedentes.

Los eruptos, las regurgitaciones ácidas y la *pirosis*, son síntomas molestos contra los que son muy eficaces los preparados *alcalinos*, la magnesia á *la dósis de* 1 *á* 2 *dracmas* por dia, el *carbonato de amoniaco*, etc. Y habiendo notado Lombard (*loc. cit.*) la acidez de las secreciones, y notablemente de la saliva, en los sugetos afectados de cáncer del estómago, se ha detenido principalmente en esta medicacion, que espondré minuciosamente al tratar de la *gastralgia*, enfermedad en que está muy manifiesto este síntoma.

Se ha tratado de *elevar las fuerzas* usando los *tónicos* y en particular la *quina*; pero aún está por probar que haya sido útil este medio, ni aun como paliativo. Sin embargo, desacertado seria creer que la medicacion tónica tiene, á no ser que se tomen licores alcohólicos, los graves inconvenientes que se le han atribuido: los hechos prueban que no ha sido seguida de síntomas graves, y algunos médicos, como Bayle y Cayol, comprueban sino su eficacia á lo menos su inocencia. Depónganse, pues, los temores de Franck, práctico que formalmente la proscribe, al menos en el principio de la enfermedad.

Tal es el tratamiento paliativo, que, repito, es el único que realmente tiene valor. Ademas de él, habrá que estudiar escrupulosamente la preferencia del estómago por tal ó cual alimento, por este ó aquel líquido. En efecto, si es cierto que el vómito constituye uno de los síntomas mas temibles, no podemos menos de conocer cuán imprudente seria obligar á los enfermos á mantenerse de sustancias que repugna su estómago, con pretesto de no dar sino alimentos de fácil digestion. Acordémonos siempre de que bien se pueden vomitar los lacticinios y las carnes blancas cuando se llevan bien las negras, las mas duras de los animales muertos en caza. Por último, téngase tambien entendido que pueden ser recomendables, y á veces han procurado una mejoría manifiesta, los baños tibios y los minerales como los de Vichy, los de Neris y los de Bañeras.

---

(1) Estas aguas minerales pueden suplirse en España por las muchas acídulas que poseemos. (*El Traductor.*)

Resúmen y *prescripciones.* Repitámoslo mil veces, puesto que el médico debe tratar de conocer exactamente la verdad y no formarse ilusiones: ni uno solo de los medios precedentes tiene demostrada su eficacia medicamentosa. Pero los hay muy útiles como medios paliativos, y principalmente lo son el agua de Seltz contra los vómitos; los opiados contra los dolores; los alcalinos contra los eructos ácidos, y un régimen adecuado contra los desarreglos digestivos. Ahora voy á dar algunas prescripciones, aunque en muy corto número, porque diferenciándose tanto los casos, solo podemos agrupar varios medicamentos cuando se ve el enfermo.

Primera prescripcion.

En caso de cáncer incipiente.

1.° Para tisana, infusion de saponaria dulcificada con jarabe de goma.
2.° Tómese todos los dias en las comidas media ó una botella de agua de Vichy.
3.° Píldoras de cicuta á dósis progresivas (véase pág. 51).
4.° Fricciones irritantes en la region epigástrica (véase página 57).
5.° Si fuesen vivos los dolores, aplíquense uno ó muchos vejigatorios ambulantes.
6.° Lavativas con 1 onza ó 1 1[2 de sulfato de sosa, ó con 2 onzas á 2 1[2 de aceite de ricino.
7.° Régimen compuesto de sustancias ligeras en corta cantidad, y que gusten al enfermo. Ejercicio moderado diario, y distracciones.

Segunda prescripcion.

En caso de cáncer mas adelantado con vómitos frecuentes.

1.° Para tisana, infusion de sauco dulcificada con jarabe de flores de naranja.
2.° Bébanse al dia una ó dos botellas de agua de Seltz dilatada con la tisana.
3.° Tómese todas las tardes una píldora de 3[5 de grano á 1 entero de estracto tebáico, dósis que se elevará mucho mas si son escesivos los dolores.
4.° Una ó dos cucharaditas de jarabe de acetato de morfina despues de cada comida.
5.° Revulsivos al epigastrio ó fontículos (véase pág. 57).
6.° Régimen mas severo que el de la prescripcion precedente, y los demas medios, *ut supra.*

Creo que no debo ofrecer prescripciones para los últimos tiempos de la enfermedad, porque entonces hay que cumplir

las diferentes indicaciones que se presenten. La diarrea, por ejemplo, será combatida con los astringentes, los opiados, el diascordio, etc., y los síntomas que vengan de parte de las vias respiratorias, serán tratados por los medios adecuados que he dado á conocer en uno de los tomos anteriores.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Tratamiento curativo.* Emisiones sanguíneas; narcóticos; antiespasmódicos; fundentes; mercuriales; preparados del oro; preparados del iodo; ferruginosos; preparados arsenicales, y otros varios medios.

2.° *Tratamiento paliativo.* Medios contra los desórdenes digestivos y los dolores epigástricos, los opiados y los revulsivos; contra los vómitos, los agrios y la debilidad, y régimen.

ARTICULO XII.

GASTRALGIA.

Bien se puede decir, sin temor de que se nos desmienta con los autores, que hasta estos últimos tiempos no se ha estudiado debidamente la gastralgia. Y no porque falten muchísimos trabajos que directamente se refieren á esta enfermedad; que encontramos, bajo infinitas denominaciones, y particularmente con la de *cardialgia*, muchas disertaciones y memorias acerca de los dolores de estómago. Pero cuando se lee con atencion estas diversas publicaciones, no tardamos en conocer que en este título de *cardialgia* se han comprendido casi todas las enfermedades gástricas que escitan un dolor mas ó menos vivo. Basta para convencerse de ello recorrer la division admitida por J. Franck, autor que reconoce las especies siguientes: 1.ª cardialgia *causada por la ingestion de cuerpos estraños;* 2.ª cardialgia *dispépsica ó saburral*; 3.ª *biliosa;* 4.ª *flatulenta;* 5.ª cardialgia *producida por una secrecion ácida* (pirosis, soda); 6.ª *pituitosa;* 7.ª *verminosa;* 8.ª *pletórica;* 9.ª *reumática ó artrítica;* 10.ª *carcinomatosa*; 11.ª *espasmódica*; 12.ª *atónica ó paralítica.*

Es indudable que bajo estos diferentes títulos podemos á la vez describir el embarazo gástrico, la gastritis aguda y crónica y aun el cáncer del estómago, que es lo que precisamente se ha hecho; porque si se examinan los casos particulares, y principalmente si atendemos á las lesiones anatómicas que tantas veces han tenido ocasion de mencionar los autores,

se comprenderá al momento que todas estas afecciones se han considerado como casos de cardialgia. Pero aún hay mas; por dolores de estómago han tomado algunos médicos afecciones de las paredes del pecho y del abdómen, que originan dolores bastante vivos en la region epigástrica. Difícil es formarse una idea de la confusion que resulta de presentar desordenadamente estos hechos: á tanto llega, que es absolutamente imposible obtener de ellos ningun dato preciso acerca de una enfermedad determinada.

En estos últimos años se ha procedido de un modo muy diferente, y se ha tratado de saber si entre todas estas afecciones que causan dolores de estómago, hay alguna que, caracterizada tan solo por ellos, y sin alteracion orgánica, merezca esclusivamente el nombre de *gastralgia*. Y así se ha llegado á establecer la existencia de una afeccion nerviosa, notable, bien sea por la violencia y la intensidad de los dolores, bien por la dificultad de las digestiones, y que se distingue perfectamente de todas las demas afecciones gástricas. Para esta se reserva el nombre de *gastralgia*, y ella será la que nos ocupe esclusivamente en este artículo.

Pero aunque escluyendo de esta manera tantos estados patológicos diferentes se halla simplificada y precisada mucho mas la cuestion, queda, sin embargo, un punto controvertible, respecto del que nos es necesario decir dos palabras. Entre los hechos citados estos últimos años con el nombre de *gastràlgia*, hay algunos en que faltó el dolor, y únicamente está caracterizada la afeccion por desarreglos notables de la digestion, vómitos, etc.: ¿es de admitir que existe entonces una gastralgia? Cuestion es esta que á primera vista parece mas grave que lo que en realidad lo es, porque ciertamente no se trata sino de la exactitud mayor ó menor de la denominacion. Los largos desórdenes digestivos, producidos por una perturbacion nerviosa, son, segun las circunstancias, mas ó menos dolorosos: en un mismo sugeto podemos observar, y con intervalos muy próximos, unas veces dolores vivos, otras simple pesadez epigástrica, en ocasiones en fin falta completa de dolor, que es el hecho en que mas se fija Barras (*Traité des Gastralgies et des Enteralgies*; París, 1827). Tan difícil es hoy dia establecer una distincion entre la neurosis dolorosa del estómago y la no dolorosa, que necesariamente hay que describirlas en un mismo artículo, limitándonos, para evitar cualquiera interpretacion desacertada, á prevenir que en ciertos casos no hay mas que digestiones laboriosas, y que en otros resulta completa la gastralgia, viniendo á in-

corporarse el dolor de estómago á los demas síntomas.

Como ya he dicho, muchísimos son los autores que se han ocupado de esta afeccion; y entre ellos hay que citar principalmente á Truka (*Hist. Cardial.*; vind. 1785), á Schmidtmann (*Summa observ. ex prax. méd.*; *de Cardialgia*), y la obra de Barras, que ha tenido el mérito de inspirar á los médicos la opinion de las neurosis gástricas en una época en que todo se atribuia á la inflamacion. El análisis de las observaciones que en su obra refiere y otras cuantas que yo he añadido, me servirán en gran parte de norte para la descripcion siguiente.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Doy el nombre de *gastralgia* á un trastorno nervioso del estómago, mas ó menos profundo, con perturbacion de las digestiones, y por lo comun con dolor mas ó menos vivo.

Además de haber descrito principalmente, como mas arriba he dicho, la gastralgia bajo el nombre de *cardialgia*, se le han impuesto tambien los de *neuralgia coeliaca, gastrodinia*, *cardiadinia*, *cardiogmus*, *dyspepsodynia*, *affectus cardiacus*, *passio cardiaca*, *cólicos*, *espasmos* y *calambres* del estómago, sin contar con el de *Mag nschmerz*, etc., con que la conocen los alemanes. Pero puesto que generalmente se le llama en la actualidad *gastralgia*, hay que conservar este nombre, aunque, como ya hemos advertido, no es de muy exacta significacion.

Esta dolencia, que ciertamente es una de las mas frecuentes del cuadro nosológico, ha sido, sin embargo, considerada, como ya veremos en el artículo *Tratamiento*, mas ó menos frecuente, segun que las diversas teorías médicas exigian estos ó los otros medios curativos para las diversas enfermedades, y principalmente para las del estómago. Con recordar las innumerables gastralgias que há quince años se titulaban gastritis crónicas, hay bastante para formarse una idea, tanto de la frecuencia de la afeccion como de los principios teóricos de que se trata.

§. II.—Causas.

La gastralgia es una de las afecciones que tienen mas causas y mas diferentes; pero hay mucha exageracion en esto de que á propósito de cada hecho particular se haya querido encontrar en alguna circunstancia, no pocas veces accidental, la causa de la enfermedad. Ya veremos lo que nos di-

cen los autores tocante á este punto, buscando de camino la parte de verdad que haya en sus aserciones.

1.° *Causas predisponentes.*

Edad. Segun Barras (*Précis. anat. sur le Cáncer de l'estomac*, etc.; París, 1842), que casi es el único que ha fijado su atencion sobre este punto, es lo general que se declare la gastralgia desde los quince hasta los cuarenta y cinco años. Y como los casos que he reunido pertenecen á enfermos cuya edad variaba entre diez y seis á cuarenta y seis años, no habiéndose contado mas que dos que pasasen de cincuenta, y siendo el término medio treinta y dos años y una fraccion, sin que haya habido mucha diferencia bajo este aspecto en ambos sexos, resulta confirmada por los hechos la proposicion de Barras. Verdad es que á veces se nos ofrece tratar gastralgias en sugetos de mas edad; pero así como el autor lo advierte, remontándose al principio de la enfermedad, vemos que se manifestó en aquella época de la vida.

Sexo. Todos los autores reconocen que la gastralgia es mas frecuente en las mujeres que en los hombres, y, sin embargo, de treinta y nueve casos que he reunido, veinte pertenecen al sexo femenino, lo que ciertamente dá una diferencia poco notable. Pero si se considera que la leucorrea es la causa mas frecuente de la gastralgia, y que apenas encontramos en los hospitales hombres que la padezcan, al paso que tantas veces se observa en las mujeres, es de admitir que media una diferencia mínima en los casos que yo he recogido, lo que indudablemente consistirá en los poquísimos hechos que he podido consultar.

Temperamento. Aunque es muy natural haberle concedido mucha influencia al *temperamento nervioso*, en los mas de los casos no han visto los médicos á los enfermos hasta llegada una época en que la gastralgia les habia constituido en una alta irritacion nerviosa, y faltan datos precisos para calcular en qué proporcion de casos preexistió dicho temperamento á la afeccion. Hay pues que limitarse á dar á conocer esta proposicion de los autores, que está apoyada en muchísimos hechos, en que sin otros pormenores se dice lisa y llanamente que era nervioso el temperamento.

Constitucion. A pesar de que generalmente se ha dicho que una constitucion delicada y endeble predispone mucho á la gastralgia, encontramos en las mas de las observaciones en que se menciona esta circunstancia, que antes de invadir

la enfermedad era buena y aun fuerte la constitucion. En las descripciones se han confundido, á no dudarlo, las constituciones primitivamente malas, y las deterioradas; bien por enfermedades anteriores largas, bien por un tratamiento enérgico, y principalmente, como mas adelante veremos, por el *tratamiento antiflogístico*. En semejante caso es evidentemente favorable al desarrollo de la enfermedad la constitucion actual.

Higiene. Tambien se ha considerado la vida sedentaria como una de las causas principales de la gastralgia: mas por desgracia solo han espuesto los autores sus impresiones generales, olvidándose de preguntar cuidadosamente á los enfermos, ó á lo menos consignar sus respuestas en las observaciones. Hay una cuestion que se liga á la de la vida sedentaria, y es la influencia de la *profesion*, pero que aún no pueden resolverla las observaciones; en primer lugar, porque se cuentan muy pocas, y en segundo, porque carecen de los detalles necesarios. Entre los casos que he examinado hay poquísimos en que conste la profesion, y pocos como son, la mitad de ellos pertenecen á sugetos que por la naturaleza de sus ocupaciones les era necesario llevar una vida sedentaria. Las mismas reflexiones son aplicables á la influencia de los *trabajos de gabinete*. Sin embargo, á pesar de que se necesitan hechos y detalles, podemos decir, en vista de las observaciones diarias, que las personas dedicadas á dichos trabajos se ven afectadas de esta neurosis con mucha mas frecuencia que ningunas otras.

Salud anterior. Bastante difícil es juzgar del estado anterior de la salud, en atencion á que cuesta muchísimo separar lo que precede á la enfermedad de los síntomas de ella misma. En efecto, casi siempre han esperimentado los enfermos, en una época mas ó menos distante del principio de gastralgia y frecuentemente con muchas recidivas, varios desórdenes nerviosos. En ellos se comprenden jaquecas, dolores en los diferentes cordones nerviosos, cólicos y tambien muchas mas veces dolores de estómago; pero mas bien que verdaderas causas predisponentes parecen estos accidentes enfermedades debidas á la misma causa de la gastralgia. Esta observacion es complemento de lo que ya he dicho acerca de la influencia del temperamento nervioso.

Tambien se ha visto en el *histerismo* y en la *hipocondría*, afecciones que predisponen á la gastralgia. Tocante á la primera, solamente se menciona en una de las observaciones que he reunido; y en cuanto á la segunda, es muy á menudo,

como mas adelante veremos, un resultado de la misma enfermedad, y bien podemos creer que en los mas de los casos existia la gastralgia, aunque poco graduada cuando vino la hipocondría.

Los *pesares* y las *emociones morales muy duraderas*, mas bien son causas eficientes que predisponentes, y por lo tanto se tratará de ellas en el párrafo siguiente, limitándonos ahora á manifestar, que los sugetos que se hallan en estas circunstancias fatales reciben mas fácilmente que los otros el influjo de las causas ocasionales, y que bajo este aspecto se puede tomar dicho estado moral como una predisposicion evidente.

Mas arriba hemos dicho, que con suma frecuencia precede á la gastralgia una gran *debilidad*, ocasionada por pérdidas de sangre abundantes y por un régimen demasiado rigoroso; pues tambien es causa eficiente, y aun en algunos casos predisponente, por lo mismo que imprime á los enfermos condiciones que favorecen mucho la accion de las demas causas.

El estado de las reglas merece llamar nuestra atencion. Entre ocho mujeres, de las que se han tomado datos exactos, no habia mas que tres bien regladas; pero ¿en vez de tomar estas circunstancias como una predisposicion, no es mas justo que respecto de ninguna otra de las causas precedentes, calificar la disminucion, la supresion y la dificultad de las reglas, de efectos de la causa general que produce la afeccion nerviosa?

Resultando que las observaciones de gastralgia se refieren á *habitantes de ciudades*, y sabiendo por otra parte que la permanencia en el campo produce casi siempre buenos efectos en los casos de neurosis gástrica confirmada, es pues de inferir que habitando en grandes ciudades, donde á mayor abundamiento obran con mas fuerza las causas ya indicadas y las que vamos á mencionar, se favorece el desarrollo de la gastralgia.

Orígen hereditario. Aunque todos los autores miran esta afeccion como *hereditaria*, es muy difícil emitir uno su opinion tocante á este punto. Y no poseyendo casi ninguna observacion en que se haya trabajado convenientemente para descubrir la existencia de dicho orígen, tenemos que contentarnos con esta indicacion, en tanto que no poseamos datos mas exactos.

Como causa predisponente de la gastralgia se ha admitido el uso de *líquidos helados*, *de ácidos*, *de varios elixires*, *vo-*

mitivos, *drásticos*, *escitantes*, *alimentos indigestos*, etc.; cuando mas bien pertenece la ingestion de estas diversas sustancias á las causas ocasionales, como de paso diremos mas adelante.

El embarazo es otra de las causas predisponentes atribuidas á la gastralgia. Sabido es que en el primero y aun en el segundo mes padecen las embarazadas desórdenes digestivos mas ó menos marcados, que se pueden considerar como *gastralgias sintomáticas;* pero hay casos en que persisten los síntomas gastrálgicos, y adquiriendo mucha intensidad, reclaman un tratamiento particular. De ello he tenido recientemente ocasion de observar un ejemplo notable, y en los autores se encuentran otros.

En las *cualidades del aire y en la temperatura* se ha querido descubrir causas predisponentes eficaces. La *humedad* y el *calor* son condiciones atmosféricas en que, segun los principales autores (Comparetti, Tissot, etc.), se desarrolla muy á menudo la gastralgia; con cuyo motivo esta afeccion será mas frecuente por la primavera y el estío que en el invierno. Pero sin embargo es de desear que estas aserciones se apoyen en bases mas sólidas.

Hay, en fin, segun Barras, ciertas *constituciones médicas* que favorecen el desarrollo de las gastralgias. Puede ser que de aquí provenga el haber sido durante el cólera mas frecuente esta afeccion que en los años anteriores y siguientes á la epidemia. Ya volveré á ocuparme de este hecho en el artículo consagrado al *Cólera epidémico.*

Creen generalmente los autores, y es aserto confirmado por la observacion diaria, que ademas de todas estas causas hay tambien una predisposicion enteramente particular, una *idiosincrasia*, que en bastantes casos basta á esplicar por sí sola cómo viene la enfermedad bajo el influjo de causas que tan débiles son á veces. En efecto, ya veremos en el párrafo siguiente que pueden producir en ciertos individuos una gastralgia bien caracterizada, las bebidas y los alimentos mas comunes.

Me parece que no debo mencionar la *clorosis* y la *anemia* entre las causas predisponentes, en atencion á que tratando de estas dos afecciones he hablado ya de los desórdenes nerviosos del estómago que se desarrollan en el curso de ellas.

2.° *Causas ocasionales.*

Entre las causas ocasionales debemos dar el primer lugar á la ingestion de ciertas sustancias en el estómago. En los sujetos predispuestos es muy factible que produzca una gas-

tralgia muy caracterizada cierta clase de bebidas y de alimentos.

Las mas activas de entre estas sustancias son las *especias*, la pimienta, la canela, el pimiento, etc. Sugetos hay que no pueden usar de estos condimentos sin padecer dolores de estómago y desarreglos digestivos; así como tambien sucede con otras *sustancias acres y de sabor fuerte*, cuales son los ajos, las cebollas, los rábanos, etc., y con las cecinas y alimentos salados. Pero es tanto mas inútil detenerse mucho sobre esta materia, cuanto que donde mas veces se necesita invocar la idiosincrasia de que hablaba, es para los efectos de la alimentacion. J. Franck cita el ejemplo muy notable de un sugeto que no podia *comer fresas* sin que al momento le doliese el estómago; dolor que por la misma causa llegaba á producir lipotimias en su hijo adoptivo, en tanto que el padre de éste sufria la gastralgia en cuanto tomaba frutos ácidos, no obstante que comia sin inconveniente alguno muchísimas fresas. Semejante hecho basta para manifestar cuánto varía la accion de las causas segun los individuos, y cuán necesaria es la predisposicion.

Tan solo tengo que añadir, que no hay frutos que produzcan tan fácilmente la gastralgia como aquellos que tienen bastante *acidez*. Yo mismo he visto dos cloróticas que habiendo tomado algunas rajas de naranja, fueron acometidas de escesivos dolores de estómago, que bien pronto cedieron á un tratamiento antiespasmódico y narcótico.

Se citan entre las bebidas, los *líquidos fermentados;* pero guardémonos en semejante caso de confundir la gastralgia con una verdadera indigestion. En efecto, se observa que despues de beberlos en gran cantidad, vienen dolores vivos de estómago que no tardan en disiparse luego que, evacuándose la sustancia por vómitos y cámaras, cesa la distension forzada del órgano. Respecto á los *líquidos ácidos*, se puede entender de ellos lo que mas arriba hemos dicho de las frutas de la misma clase.

Aunque los *eméticos*, los *drásticos* y los *narcóticos* han sido comprendidos entre las sustancias que provocan gastralgias, los hechos, sin embargo, no son muy concluyentes en este punto. Tocante á los *venenos acres*, de cuyo influjo hablan Ettmuller, Foresto y Alberti (*Diss. de Ventric. ardore*, §. 12), á los cuerpos estraños, y en particular al *vidrio molido* (*Hufeland's Journ.*; 1832), etc., es evidente que se ha confundido una inflamacion del estómago con una simple neurosis.

En atencion á que de ello no nos dan nociones positivas los hechos, me limitaré á citar la *supresion de los flujos sanguíneos* ó de otra clase, aunque tengo, por el contrario, que insistir en una observacion que puede hacerse á cualquier hora. Es el hecho, que muy frecuentemente se encuentran dolores de estómago persistentes, penosos, algunas veces vivos, en mujeres afectadas de una *leucorrea abundante*, en algunas cuyos *ménstruos* son escesivos, y en sugetos afectados de *flujos hemorroidales* copiosos. Tales hechos parecen echar por tierra la opinion de los autores relativamente á la supresion de los flujos. Sin embargo, cita Mondiere (periódico *l' Expérience*, abril, 1838) el caso de haberse desarrollado una gastralgia despues de *suprimirse el sudor de los pies.*

Las *sangrías abundantes*, el *abuso de bebidas emolientes* y de *cárnes blancas*, un *régimen demasiado severo*, y todo, en fin, cuanto debilite profundamente la constitucion, obran como causas eficientes. Entre las observaciones de Schmidtmann y de Barras y Rougier (*del uso de la morfina y de la estricnina*), hay un buen número en que se vé que la gastralgia se declaró en las circunstancias que acabamos de mencionar. Al *onanismo*, vicio que tambien debilita la economía, se atribuye la enfermedad en dos de las observaciones que he reunido. El mismo resultado pueden dar los *escesos venéreos* y las *fatigas* de toda especie; si bien es verdad que recorriendo las observaciones, nos convencemos al momento que se ha exagerado mucho el influjo de estas causas. Por otra parte, no se ha fijado bastante la atencion en la *leucorrea*, flujo del que ya he hablado, y que vuelvo á citar otra vez, porque es una de las causas mas poderosas de la gastralgia.

Quédanos ahora una causa muy importante, que es la accion de los *pesares violentos y prolongados*. En treinta y siete casos que he consultado relativamente á esta circunstancia, se hallan trece en que se desarrolló la gastralgia en tales condiciones; y en cuanto á los demas, muy á menudo ha dejado de indagarse la existencia de esta causa. Cuando nos paramos á considerar la influencia que las emociones morales vivas y desagradables, tienen sobre el apetito y las digestiones, aun cuando sean aquellas momentáneas, es fácil de comprender que á la larga pueden producir una neurosis durable del estómago, así como una emocion muy viva aunque pasajera.

Respecto á las *violencias esternas*, á los *movimientos*

bruscos, á los *grandes esfuerzos*, etc., basta decir que han sido admitidos por algunos autores.

Al terminar este párrafo no puedo menos de advertir, que no han sido muy rigorosas las investigaciones acerca de la gastralgia, y que seria del mayor interés un trabajo fundado en observaciones exactas y minuciosas. Pero aún queda que hacer una consideracion general, y es, que se halla bien probado que las gastralgias rebeldes y de larga duracion, aquellas que particularmente obligan á los enfermos á reclamar los socorros de la medicina, son producidas por debilitantes, por pesares violentos y prolongados, ó sobrevienen en condiciones particulares del organismo, como en la clorosis, en la leucorrea, y á veces en el embarazo. Estas son las que principalmente dan orígen á la hipocondría: en cuanto á las demas, y sobre todo las que se desarrollan bajo la influencia de sustancias ingeridas, son por lo comun pasajeras, por mas violentas que parezcan.

§. III.—Síntomas.

En la gastralgia se han distinguido muchos grados, que, segun Schmidtmann (*loc. cit.*) y Barras, se hallan fundados en la naturaleza ó en la intensidad de los síntomas, y merecen fijar nuestra atencion. En efecto, positivo es que la gastralgia se presenta con diferente aparato de síntomas, segun la diversidad de los casos. Mas arriba hemos dicho que, segun el curso de la enfermedad, no era posible dejar de comprender en la descripcion ciertos desórdenes nerviosos de la digestion que, tomando algo mas incremento, se tornan efectivamente en gastritis de las mas caracterizadas. Pero los casos de este género me parece que deben describirse bajo el nombre de *digestion laboriosa* ó *desórdenes nerviosos de la digestion*; porque mientras se efectúa esta funcion es, á no dudarlo, cuando principalmente vienen losfenómenos que caracterizan este estado. En seguida encontramos aquellos casos en que es la perturbacion mas permanente, y en que hay frecuentes vómitos bastante tiempo despues de la comida. Por último, quedan aquellos en que la region epigástrica es el centro de dolores mas ó menos vivos, y de varias sensaciones; pero estos dos últimos órdenes de hechos no deben confundirse, porque es sumamente frecuente, como se vé por las observaciones, que se unan ó se sustituyan alternativamente. Mas importante para la práctica me parece distinguir los casos en que sobreviene una gastralgia pasajera, aunque viva, que casi siempre reconoce por causa la accion de ciertas sustancias

sobre el estómago, de aquellos otros en que la afeccion, de desarrollo menos repentino y procedente de causas menos evidentes, es permanente y rebelde: á la primera especie pudiera designarse con el nombre de *gastralgia aguda* y á la segunda, con el de *gastralgia crónica*. Ya daremos á conocer sus particularidades en el curso de este artículo.

1.° *Digestion laboriosa causada por un desórden nerviosos del estómago.* Hay un estado, y muy comun, que de ningun modo debe confundirse con la verdadera *indigestion*, en que sin haberse cometido ningun esceso, sin haber tomado alimentos indigestos, sufren algunos sugetos, bien frecuentemente, bien mediando intervalos largos, un gran desórden nervioso del estómago, que consiste en pesadez en la region epigástrica, en un malestar general y á veces en el desarrollo de gases que distienden el epigastrio y dan en esta region un sonido timpánico. Tales son estos desórdenes, que por lo demas no impiden la digestion, y que al cabo de poco tiempo dejan al enfermo en su estado normal.

Y la prueba de que en estos casos hay realmente un desórden nervioso, es el dolor bastante vivo que viene en ciertas circunstancias, y da á esta ligera indisposicion el carácter de gastralgia. Tambien se ha notado que los sugetos mas dispuestos á estos accidentes son los de temperamento nervioso, los debilitados por escesos venéreos, por pérdidas considerables, en una palabra, los que se encuentran en las mismas condiciones que los afectados de verdadera gastralgia.

Hay casos en que sin adquirir mas intensidad estos fenómenos nerviosos, son, sin embargo, notables por su permanencia; y aunque nunca ó casi ninguna vez haya verdadera indigestion, se observa que son laboriosas, largas y penosas las digestiones. Propio del estado de que se trata me parece un hecho que he notado en algunos individuos que se hallaban en esta situacion, y es el que muy á menudo vienen inmediatamente despues de comer algunos cólicos y una ó muchas cámaras líquidas que en seguida se detienen espontáneamente. Sugetos hay tambien que tienen borborismos parecidos á los que padecen ciertas mujeres nerviosas, principalmente las histéricas; y otros, en fin, que están sujetos á cólicos flatulentos, accidente de que ya nos ocuparemos en las enfermedades de los intestinos.

2.° *Gastralgia propiamente dicha.* Los síntomas de la gastralgia, se dice, son notables por las muchísimas variaciones que presentan. Pero aunque todos los autores que se han

ocupado de esta afeccion, y en particular Schmidtmann, hacen esta advertencia, creo, sin embargo, que se ha exagerado la instabilidad de los síntomas; porque, como mas adelante veremos, no es difícil encontrar entre ellos un lazo comun.

Invasion. Raro es, y ya lo hemos advertido mas arriba, que venga de pronto la enfermedad: en las mas de las observaciones se ve que muy frecuentemente hubo antes de quedar confirmada la gastralgia, cierta série de síntomas que molestan mas ó menos á los enfermos. Tales síntomas han sido las digestiones difíciles, de que acabo de hablar, en nueve enfermos de quince en quienes se buscaba este accidente; dolores epigástricos mas ó menos frecuentes en otros pocos; vómitos por la causa mas leve en tres; uno se quejaba desde mucho tiempo de algo de sofocacion y de espasmos en el pecho; otro tenia dolor en este sitio y solamente pesadez en el epigastrio; y hay, en fin, dos observaciones en que se dice que los enfermos tuvieron por algunos dias síntomas de embarazo gástrico antes de venir la gastralgia.

¿Es posible tener los fenómenos que acabo de enumerar como verdaderos síntomas *precursores*? Si se considera que todos ellos pertenecen á la gastralgia, será, á no dudarlo, mas juicio admitir que ya existia esta afeccion, aunque era soportable, cuando, agravándose mucho los accidentes, tuvieron que recurrir los enfermos á los socorros de la medicina. Resulta, pues, que la gastralgia puede presentarse primero con un aparato de síntomas poco graves, mostrarse y desaparecer en tiempos indeterminados, progresar lentamente, y concluir, por último, despues de algun tiempo, bastante largo por lo regular, adquiriendo un alto grado de violencia.

La *invasion súbita*, que ya he dicho es rara, se vió en un caso en que no se encontraba ninguna causa eficiente apreciable; pero menos raro es ver desarrollarse de pronto, á consecuencia de tomar sustancias que producen la gastralgia, un dolor violento de estómago. Esto es, sin embargo, lo que puede suceder en un estado de perfecta salud, aunque sea mas comun en los sugetos debilitados y en las cloróticas, que no esperimentaban desarreglos apreciables por parte del estómago, hasta el momento de aparecer estos síntomas.

Síntomas. El *dolor* es el síntoma principal de la gastralgia, no obstante que, como ya hemos visto, puede faltar

alguna vez. Entre las observaciones que he reunido solamente se cuentan veinte y tres en que lo hubo; pero nos esponemos á errar si se cree que este número es exacto, porque en muchas de estas muy lacónicas observaciones únicamente se dice que se reconocieron todos los síntomas de la gastralgia.

Hay tambien que distinguir cuidadosamente el *dolor espontáneo*, del *dolor de la presion*, y este es un punto muy importante para el diagnóstico. El *dolor espontáneo*, que es el que casi esclusivamente se padece, es vivo á veces, atroz en muchos casos, y rara vez leve. Cuatro de los sugetos cuyas observaciones he referido no podian soportarle, y entonces tenia el carácter de eso que se llama *cólicos de estómago*, denominacion en la que se han confundido los mas de los dolores vivos que se manifiestan en la region epigástrica.

Si se pregunta á los enfermos respecto á la naturaleza del dolor que padecen, se espresan de diversos modos: quién le compara á la sensacion de un *hierro candente*, quién á una *torcedura*, otro á una constriccion violenta, etc.; en una palabra, aquí se encuentran las diversas sensaciones atribuidas á los dolores nerviosos, y que espondré minuciosamente al hablar de las neuralgias.

No obstante que alguna vez son contínuos los dolores, podemos conocer que esto es lo mas raro, atendiendo á que solo tres sugetos se quejaban de ellos incesantemente y con todo eso aumentaban mas ó menos, ya inmediatamente despues de tomar alimentos, ya al efectuarse la digestion. En los demas casos daba treguas mas ó menos largas y frecuentes en las veinte y cuatro horas; y cuando con mas violencia atormentaba el espontáneo, era despues de la comida. Muchas veces llega á ser tan intenso, que los enfermos no se atreven ya á tomar ni la mas mínima cantidad de alimentos; de donde resulta que tambien aumenta mas la exaltacion de la sensibilidad del estómago.

El asiento de este dolor está en el epigastrio, region de la que siempre ocupa un espacio bastante estenso. Los primeros autores que se ocuparon de esta enfermedad quisieron fijarle esclusivamente en el *cárdias*; pero la observacion ha probado que este orificio no está mas afectado que lo demas del estómago.

Mas arriba he dicho que por lo comun eran vivos los dolores; y tanto lo son en ocasiones, que á cada momento mudan de posicion los enfermos, que toman posturas estra-

vagantes, se echan sobre el vientre, se ponen atravesados en la cama, etc.; si bien es verdad que son raros los casos de este género y que de ordinario pasan pronto dolores tan violentos. Tambien debemos admitir que en ciertos casos referidos por los autores habia, no una simple gastralgia, sino una lesion de los órganos próximos, por ejemplo, del hígado ó de los nervios intercostales.

Solamente en un caso se exasperaba el dolor, y aun se tornaba insufrible por la *presion*; pero como en otro determinaba esta un alivio manifiesto, resulta que es muy poco significativo en la gastralgia el dolor provocado. Y adviértase que muchos sugetos no pueden soportar el contacto de un cuerpo estraño en el estómago, que se ven precisados á retirar hasta las cubiertas de la cama, y que las mujeres en particular no pueden ya usar su corsé, viéndose por tanto obligadas muchas veces á no salir, y sin embargo mas bien que verdadero dolor hay en estos casos aprension por parte de los enfermos é irritabilidad en la region epigástrica.

En fin, hay *sensaciones particulares* que no dejan de ser molestas á pesar de que no constituyen un verdadero dolor. Un sugeto se quejaba de que en el estómago sentia como que le *andaba un reptil*, otro un *cuerpo estraño*, y hubo por último algunos que ya sentian simple pesadez con malestar, ya un dolor efectivo, y en ocasiones las sensaciones particulares que acabo de manifestar. Muchos de los que *llevan* mal los líquidos, y tienen distendido por gases el estómago, perciben á cada movimiento un *ruido de clo clo*, que no á pocos asusta y que da lugar á presagios funestos: se figuran que están hidrópicos, etc. Esto es lo que sucede principalmente en los hipocondríacos, como se ve en los casos de este género que cita Barras.

Aunque el dolor resida especialmente en el epigastrio, puede sin embargo estenderse mas: de once sugetos en quienes se trató de fijar el sitio del dolor, hubo siete que le sentian tambien en la region dorsal ó en ambos hipocondrios. Pero como cuando se recogieron estas observaciones no se conocia la neuralgia intercostal, ó era muy imperfecto el juicio que acerca de ella se tenia formado, no podemos asegurar si efectivamente habia neuralgia en los mas de los casos de que se trata. Yo por mí he comprobado perfectamente su existencia, y, lo que es notable, algunas veces me ha sido posible destruirla con un tratamiento adecuado, sin disminuir en nada los síntomas gástricos. Idéntico á este ha publicado un caso Thirial en el *Journal de Medécine*.

No obstante que el estado del *apetito* es síntoma de los mas importantes de la enfermedad, solamente le mencionan los autores en doce casos. En ellos se encuentra que nunca hubo pérdida de él; que únicamente dos veces estuvo algo disminuido durante todo el curso de la gastralgia; que le conservaron, por el contrario, perfectamente otros dos sugetos; y, por último, que en los demas, ora disminuia de una manera notable, ora se perdia completamente, ora volvia casi del todo á su estado normal. Tanta variacion del apetito es muy importante tenerla presente, porque no se encuentra cosa parecida en ninguna otra afeccion del estómago.

En algunos sugetos, por el contrario, *aumenta* tanto el *apetito*, principalmente en ciertas épocas, que estos casos llevan el nombre de *bulimia*, síntoma que antes se describia como una enfermedad. No es raro ver que al cabo de mas ó menos tiempo viene tras de la bulinia una disminucion considerable ó la pérdida del apetito.

Como se ha hablado tanto de las perversiones del apetito, designadas con los nombres *pica y malacia*, considerándolas como síntomas de la gastralgia, choca mucho que no se haya hecho mencion de esta perversion en ninguna de las observaciones que he reunido. Pero es indisputable que en sugetos que á no dudarlo padecen una gastralgia vengan la pica y la malacia, que es lo que principalmente se observa en las cloróticas y en las anémicas. Ya me he esplicado suficientemente, aunque en pocas palabras, acerca de esto, en la historia de la clorosis, y á ella remito al lector. Por último, en ningun caso hubo esa aversion á los alimentos que se observa en las demas afecciones del estómago, y sobre todo en el embarazo gástrico.

Rara vez hay mucha *sed*. Y aunque se dejó sentir en cuatro casos, no se ha espresado, sin embargo, debidamente si entonces medió alguna relacion entre este síntoma y el uso de alguna medicacion particular. Ademas, si la sed llegaba á ser intensa solamente era por momentos. Ninguno de los demas sugetos la padecieron, y aun hubo uno que aborrecia toda clase de líquidos. Lejos de apetecer los que son ácidos, se cuentan muchos enfermos que les temian; si bien es verdad que acaso seria mas bien por la idea que se habian formado de la enfermedad, que por los malos efectos que la produjesen.

Son mucho mas raros los *vómitos* de lo que pudiera creerse en el curso de la gastralgia. Este es un síntoma que á pesar

de buscarle con el mayor esmero, no se ha observado sino en diez casos entre los treinta y siete que he reunido. Pero aun hay mas; en vez de persistir por mucho tiempo estos vómitos, cual sucede por ejemplo en la gastritis crónica y en el cáncer, solemos no observarlos sino de cuando en cuando; en ocasiones vienen durante muchos dias consecutivos, mediando en otras mucho tiempo sin que se presenten. Es lo mas frecuente que los vómitos que se efectúan despues de comer estén compuestos de los alimentos recientemente ingeridos; pero tambien hay sugetos que, vomitando por la mañana, arrojan mucosidades mas ó menos espesas, mezcladas ó no con cortas cantidades de bilis. Verdad es que solamente en cuatro casos de los treinta y siete han venido tales vómitos en semejantes circunstancias; pero adviértase que há muy poco he tenido ocasion de observar dos casos de gastralgia acompañada de vómitos idénticos.

Aunque es raro que haya *náuseas* sin vómitos; así ha sucedido no obstante en dos sugetos cuyas observaciones tengo á la vista, y contínuas eran en uno. Estas náuseas sobrevienen despues de comer, y entonces suelen algunos enfermos provocarse el vómito con objeto de librarse de ellas y de la pesadez epigástrica ó del dolor.

En algunos sugetos se observan *regurgitaciones* mas ó menos frecuentes, *nidorosas* ó, mas á menudo, *ácidas* y *acres*. Cuando son de esta naturaleza, se dice que hay *pirosis*, síntoma que tambien se ha descrito durante mucho tiempo como una afeccion distinta, á pesar de que pertenece á muchas y muy diversas del estómago. Los enfermos sienten subir á lo largo del esófago un cuerpo acre que pára en la garganta y determina una sensacion urente semejante á la que resultaria de pasar por estas partes un hierro encendido: de aquí el nombre de *pirosis*. Algunas veces son amargas y como biliosas las regurgitaciones. Otros sugetos no tienen mas que simples *eruptos*, que sin embargo son á veces muy frecuentes y molestos.

En fin, tambien se ha observado, y así sucedió en dos casos de los que he reunido, un *hipo* penosísimo.

Si bien es cierto que pueden existir por separado los diversos síntomas que acabo de citar, es lo comun que vengan reunidos muchos de ellos, si ya no todos, en un mismo individuo. Se vé pues que la gastralgia no se diferencia tan sensiblemente como se ha pretendido de las demas afecciones, por la variedad de sus síntomas; porque apenas se observa una que otra enfermedad en que se encuentren constante-

mente reunidos los diversos fenómenos que la caracterizan.

Si examinásemos ahora lo que pasa en la demas partes del tubo digestivo, tendríamos primero que considerar el *estado de la lengua*. Este órgano, de cuyo estado solamente se hace mencion en muy pocos sugetos (diez y seis), ha ofrecido por lo general diferente aspecto en cada época de la enfermedad; generalmente se conserva natural en latitud, humedad y limpieza. Unicamente hay cuatro sugetos que la tuvieron roja en sus bordes; pero poquísimo tiempo, y esto con varias alternativas: en un caso estuvo constantemente seca en una época avanzada de la enfermedad; en los demas se veia bañada de una saliva espumosa y abundante, y en ocho estaba cubierta, principalmente por la mañana, de una capa blanco-amarillenta que inquietaba mucho á los enfermos afectados de hipocondría. En vista de esto se conoce que, esceptuada esta última circunstancia, no hay nada verdaderamente importante en el estado de la lengua.

De parte de los intestinos encontramos unos cuantos síntomas que, aunque no existan en todos los casos, tienen su correspondiente significacion. Los mas de los sugetos tienen *constipacion*, tenaz por lo regular, y frecuentemente acompañada de dificultad en la defecacion: esto es lo que se ha notado en catorce casos de entre diez y ocho en que se averiguó el estado de las cámaras. Esta constipacion coincide comunmente con un desarrollo mas ó menos considerable de gas en los intestinos, y de *ventosidades*, muchas veces incómodas, que en alguno que otro caso suelen coexistir con *abultamiento y tension del vientre*, y en ocasiones con *cólicos* no seguidos de diarrea, que por lo comun parecen efecto de los gases intestinales.

Algunos sugetos suelen tener, como mas arriba he dicho, inmediatamente despues de comer, cólicos seguidos de *cámaras líquidas*, y á veces han sobrevenido *cámaras mucosas, sanguinolentas, acres, que corroen el ano*. Pero entonces se ha incorporado á la enfermedad principal una verdadera enteritis, aunque de poca duracion. En resúmen, la constipacion, las ventosidades y á veces algunos cólicos nerviosos, son los únicos síntomas abdominales de alguna importancia.

El sistema nervioso es donde principalmente se sienten los efectos de la enfermedad, y de aquí el padecer *hipocondría* algunos enfermos. Observáse, en efecto, una *tristeza profunda* que á veces escitaba al llanto, al desaliento, á que aborreciesen la vida cuatro sugetos, y aún á la *propension al suicidio*, como se notó en uno de ellos. Pero entretanto

permanecen íntegras las *facultades intelectuales*, no obstante que por lo general se pierde la *aptitud para el trabajo*.

Un corto número de sugetos (tres) esperimentan mucha *agitacion*, y aun uno, á quien se refiere una observacion citada por Barras, padecia angustias crueles. Sin embargo, es lo general que se conserve bien el *sueño*, y que para que se altere es necesario que llegue al sumum la enfermedad, que es lo que sucedió en tres de los sugetos cuyas observaciones he reunido.

En cuanto al *delirio furioso*, á los *peligros imaginarios* y demas *aberraciones pasajeras de la inteligencia*, son fenómenos accidentales que no merecen nos paremos en ellos, por cuanto no se han observado mas que en un enfermo.

Se ha comprobado, en fin, la existencia de una *cefalalgia*, ligera por lo comun, pero estremadamente viva en un sugeto, y acompañada de vértigos en otro. Este dolor de cabeza no es contínuo ó presenta al menos exacerbaciones notables. Hubo además un sugeto que tenia sumamente exaltados los *sentidos* del gusto y del olfato; otro se hallaba espuesto á *lipotimias*; en una palabra, se observan fenómenos nerviosos muy diferentes.

Muy raro es que la *cara* permanezca natural durante toda la enfermedad: en los mas de los casos en que se la ha descrito, llamaba la atencion por la espresion de abatimiento y á veces de sufrimiento. Y aunque de ordinario está pálida, en dos casos se ha encontrado atezada, y algo amarilla en otros dos, pero sin presentar ese color que hemos descrito en el cáncer: semejante estado solamente se ofrece á la vista cuando la enfermedad cuenta ya mucho tiempo. En cuanto á su enflaquecimiento, no se habla de él sino en cuatro casos, lo que indudablemente consiste en haber omitido detalles, puesto que no pocos sugetos se alimentaban escasamente.

A propósito de las causas, he dicho dos palabras del estado de los *ménstruos*, manifestando que bien puede ser que dependan de la enfermedad principal los desarreglos que sufren. Si consideramos su estado en una época bastante adelantada de la enfermedad, encontramos que entre nueve mujeres á quienes se preguntó sobre este punto, hubo ocho que tuvieron sus reglas menos abundantes, penosas, laboriosas y aun suprimidas, como sucedió en un caso. ¿Qué relacion media entre el estado del estómago y estos desarreglos de la menstruacion? No obstante que es difícil comprenderla, nos vemos inclinados á creer que el estado de las reglas se halla bajo la dependencia de la misma causa general que produce la gastralgia.

De parte de la *respiracion* nada notable encontramos: dos sugetos tan solo la tuvieron algo acelerada, pero sin que coincidiera esa tos gástrica cuya frecuencia é importancia tanto se ha exagerado.

Respecto del estado de la *circulacion* no tenemos mas que datos insuficientes, con motivo de no hacer casi nunca mencion de ella, á no ser que presentase alguna cosa anormal. Nueve sugetos tuvieron concentrado y medianamente frecuente el *pulso*, desde que adquirian mucha violencia los síntomas de la gastralgia y sobrevino un enflaquecimiento manifiesto, y solamente en dos presentaba alguna fuerza y rigidez; en tres se comprobó la existencia de accesos febriles efímeros, irregulares, que únicamente se anunciaban en un individuo por calosfrios erráticos; y otros sufrian palpitaciones nerviosas bastante molestas, que no provendrian de un estado orgánico del corazon, puesto que no volvieron en cuanto fué curada la gastralgia.

Tocante al *calor de la piel*, se puede decir que es normal, esceptuando los casos en que hay sensibilidad manifiesta al frio, y frialdad notable de las estremidades, que son los de gastralgia muy violenta y aquellos en que los enfermos se someten á un régimen muy riguroso.

Formas de la gastralgia. Todo cuanto acabamos de decir concierne casi esclusivamente á la *gastralgia crónica*, á la que mas ha fijado la atencion de los autores; pero no es raro observar sugetos, que durante algunos dias ó veinte y cuatro horas padecen dolores de estómago, frecuentemente muy intensos, acompañados ó no de vómitos, y á semejante estado se podria denominar *gastralgia aguda*. Esta es la forma que, como mas arriba hemos dicho, reconoce mas veces por causas ocasionales la ingestion de ciertas sustancias y las emociones morales vivas y pasajeras. Sus síntomas no difieren de los precedentes, sino porque duran poquísimo, muy á menudo por su estremada vivacidad, por lo raros que son los vómitos y la poca influencia que en el estado general tiene la afeccion; así pues, es inútil una descripcion minuciosa. Muy frecuentemente los síntomas de la gastralgia aguardan á manifestarse cuando se está comiendo ó poquísimo despues; y en semejante caso, no obstante que puede ser vivísimo el dolor, cesa mas ó menos tiempo despues de haber comido, dejando siempre intervalos de calma completa. Estos son los casos que, así como diré tambien en el artículo *Tratamiento*, ceden principalmente á una dósis de *opio* tomada inmediatamente antes ó despues de la comida.

Tales son los síntomas que caracterizan la gastralgia; pero me es imposible terminar este párrafo sin volver á advertir que varian bastante segun los casos, y que en esto difieren de los del cáncer y de la gastralgia crónica, no sin embargo, hasta el punto de poder distinguir del todo estas enfermedades por dicho carácter, que no merece por cierto mucha mportancia.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

La gastralgia, á modo de todas las enfermedades nerviosas, tiene irregular su *curso*: ora se tornan violentísimos los síntomas, ora remiten por algun tiempo, ora vuelve la enfermedad á su intensidad primitiva. Pero esta marcha de la enfermedad depende en gran parte, tanto del tratamiento como del régimen; y así es que ciertos sugetos que por circunstancias particulares han tenido que cambiar momentáneamente sus costumbres, se ven tambien de pronto libres de los síntomas, hasta tanto que vuelven á seguir el género de vida acostumbrado. Estas consideraciones sobre la marcha de la enfermedad se refieren sobre todo á las gastralgias muy antiguas, á las que muy principalmente producen la hipocondría. En cuanto á la aguda, no tiene variaciones tan notables, aunque casi siempre aumente el dolor en diferentes épocas del dia y con especialidad despues de las comidas.

Imposible es fijar la *duracion* de la enfermedad de que se trata: todo depende del régimen que siguen los enfermos y del tratamiento á que se les somete. A cada momento vemos que rápidamente desaparece á beneficio de un régimen suave una gastralgia leve, cuando ha sido producida, bien por escitantes, bien por bebidas y alimentos antipáticos al estómago; mientras que se prolongan por muchos años las desarrolladas espontáneamente ú ocasionadas por un tratamiento antiflogístico riguroso y por un régimen demasiado severo, y aun á veces por toda la vida, no dejando á los enfermos mas que cortos intervalos de una calma mas ó menos profunda. Entonces se tornan casi siempre hipocondriacos los enfermos, y su modo de tratarse no contribuye poco á perpetuar la afeccion gástrica. Una de las observaciones que he reunido se refiere á un sugeto que, no obstante llevar veinte y seis años de gastralgia, murió á causa de otra afeccion: en los demas ha durado la enfermedad, de dos meses á doce años, ú otro cualquier tiempo entre estos estremos. Nunca se han observado con tanta frecuencia como en la

época en que reinaban las teorías de la escuela fisiológica, esas gastralgias tan largas, que entonces llevaban el nombre de *gastritis*, con cuyo motivo los numerosos casos de gastritis interminables que ya no se ofrecen hoy en dia.

A pesar de darse casos tan rebeldes, se puede decir que muy á menudo *tiende naturalmente á la curacion* la gastralgia: de aquí es que cuando ha sido ocasionada por la ingestion de las sustancias ya mencionadas, bastan algunos dias de reposo para que el estómago vuelva á su estado normal. Pero si la afeccion viene á consecuencia de pérdidas sanguíneas abundantes, en cloróticas, y como se le haya sostenido mucho tiempo por un tratamiento malo y un régimen contrario, casi siempre exige en este caso, para *terminar* favorablemente, un tratamiento adecuado.

¿*Puede la gastralgia causar la muerte*? Los hechos que tengo á la vista no permiten que se responda afirmativamente. Y si algunos autores, y en particular Barras, citan unos cuantos casos de terminacion fatal, tambien es cierto que examinadas las observaciones, no se tarda en conocer que en semejantes casos no constituian los desórdenes nerviosos del estómago toda la enfermedad: habia otra afeccion mas importante, bajo cuya influencia vienen los desarreglos digestivos y mueren los enfermos. Sin embargo, nada de particular tiene que una gastralgia que reduce al enfermo á no tomar mas que algunas cucharadas de tisana, acabe deteriorando completamente la constitucion y traiga la muerte por inanicion. Ademas, el estado de debilidad en que caen los que padecen una gastralgia muy intensa, les pone en circunstancias favorables á contraer otras enfermedades, principalmente flegmasias, que entonces son por lo general mucho mas graves.

§. II.—Lesiones anatómicas.

Lo que acabo de manifestar respecto á la terminacion de la enfermedad, me dispensa completamente de ocuparme de las lesiones anatómicas.

Sin embargo, algunos autores, y en particular J. Franck, citan como resultado de la gastralgia, alteraciones mas ó menos profundas en los tejidos del estómago, alteraciones que consisten en úlceras, inflamacion y aun cánceres; pero aquí ha habido, á no dudarlo, una equivocacion; porque aun admitiendo que en algunos de los casos citados por Franck fuesen realmente nerviosos los dolores observados, hay necesariamente que reconocer que se habian complicado con

síntomas gastrálgicos la úlcera, el cáncer, las lesiones producidas por un cuerpo estraño, etc. Pero ya no hay á qué insistir sobre este punto: baste decir que la falta de toda especie de lesion del estómago, es lo que principalmente caracteriza despues de la muerte á la gastralgia. Verdad es que alguna vez se han encontrado en los nervios que se distribuyen en dicho órgano, alteraciones que se han debido tomar por la causa próxima de los dolores nerviosos; mas tales casos son á la gastralgia simple, lo que la neuralgia causada por una lesion de los nervios (neuralgia anómala de Chaussier) es á la neuralgia propiamente dicha.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La descripcion precedente nos permitirá ya comparar con fruto la gastralgia con las afecciones del estómago cuya historia hemos formado. Y para establecer debidamente esta comparacion, hay que distinguir primeramente la gastralgia pasajera, ó sea la denominada *aguda* y la gastralgia permanente.

La primera, que por la rapidez de su curso puede confundirse con la *gastritis aguda ligera* y con el *embarazo gástrico*, se distingue de este último estado morboso por los caractéres siguientes: el dolor de estómago es en la gastralgia el síntoma principal; no hay aversion á los alimentos ni cefalalgia; y dado caso que vengan náuseas, casi nunca se padecen sino durante el trabajo de la digestion ó por la mañana. En el embarazo gástrico, por el contrario, hay inapétencia, y aun en ocasiones aversion á los alimentos; suelen venir náuseas frecuentes; se advierte, en fin, una cefalalgia supra-orbitaria mas ó menos molesta. Este diagnóstico es importante, puesto que determina si hemos de recurrir á los medios curativos tan eficaces en el embarazo gástrico.

La gastralgia se diferencia de la *gastritis aguda* por la persistencia del apetito y por la falta de fiebre. En la primera es muy frecuente que no haya dolor á la presion; y este dolor es uno de los caractéres de la gastritis: en aquella, si hay vómitos son muy raros y estan compuestos de alimentos ó mucosidades; y los biliosos repetidos son característicos de la gastritis.

Pudiera confundirse la gastralgia de mucha duracion con la *gastritis crónica*; pero si tenemos presente que esta última viene como complicacion de otra enfermedad; que desde su principio promueve vómitos biliosos ó de materias alimenticias; que el epigastrio está sensible á la presion; que por lo

general es menos vivo el dolor espontáneo y que no hay en él intermitencias, como sucede en la gastralgia; si á todo esto atendemos, nos será bastante fácil distinguir dichas afecciones. Y si alguna vez se presenta la gastritis crónica, como ya hemos dicho, con síntomas poco ostensibles, no hay mas que seguir el curso de ambas enfermedades para resolver las dificultades. No es raro en efecto, ver en el curso de una gastralgia, intervalos de calma menos notables que en la gastritis crónica; y esta, por otra parte, progresa mucho mas rápidamente, y no se prolonga por muchos años como las simples gastralgias. El solo hecho de contar larga duracion una enfermedad gástrica dolorosa, basta para que quede escluida la idea de una gastritis crónica, enfermedad cuya existencia se admitia otras veces por defecto de observacion.

No obstante que mas arriba me he esplicado acerca de lo difícil que es encontrar las diferencias entre la *úlcera del estómago* y las demas enfermedades gástricas, podemos formular con bastante exactitud el diagnóstico de la afeccion que nos ocupa. Vivos podrán ser, y aún simulará los nerviosos, los dolores en la úlcera del estómago; pero la falta completa de apetito, los vómitos mucho mas frecuentes despues de la ingestion de las materias alimenticias, y los progresos incomparablemente mas rápidos de la enfermedad, son otras tantas circunstancias que nos conducen en el diagnóstico. Tampoco hay lugar á error en el caso de venir un vómito de materias negras ó de sangre pura, puesto que nunca se ha observado este síntoma en la simple gastralgia. Pero tenemos que confesar que este diagnóstico presenta algunas oscuridades, indudablemente á causa de la descripcion algo vaga que dan los autores de la úlcera simple del estómago.

La distincion entre la gastralgia y el *cáncer* no presenta dificultad sino en ciertas circunstancias: cuando no hay tumor ni renitencia en el epigastrio, ni dilatacion en el estómago, ni vómitos de sangre ó de materias negras; casos que por cierto no son los mas frecuentes. Lo comun es que nos den á conocer la enfermedad los vómitos de alimentos no digeridos que vienen muy tarde en los casos del cáncer; la demacracion mas ó menos profunda, aunque no estén sometidos á un régimen severo los enfermos; los incesantes y rápidos progresos del enflaquecimiento, la caquexia cancerosa, la tendencia, en fin, de los enfermos á la tristeza y al desaliento. Y si algunas dudas quedasen, llegará época en

que serán destruidas por la marcha progresiva de la enfermedad, que precisa á los enfermos á guardar cama.

Consistiendo la gastralgia principalmente en un dolor espontáneo mas ó menos vivo, ¿podrá confundirse con los dolores nerviosos que tengan su asiento en el epigastrio? Difícil es que así suceda cuando el estómago no tiene desarregladas sus funciones. En la *neuralgia intercostal*, por ejemplo, pueden ocupar la region epigástrica los dolores vivos que frecuentemente se han calificado de calambres del estómago; pero á mas de un punto doloroso á la presion, hay otros cuantos parecidos en el trayecto del nervio, y á no darse complicacion, no vienen vómitos, eruptos frecuentes, etc. Mucho mas dificil viene á ser el diagnóstico cuando coexiste la neuralgia intercostal con la gastralgia: casos de cuyo género he observado algunos y actualmente tengo uno en la Piedad. Pero la existencia de los dolores neurálgicos, dándonos á conocer la naturaleza del intercostal, los desarreglos digestivos revelando la afeccion gástrica, y lo fácil que es desterrar la neuralgia intercostal, que en los casos que he observado se ha disipado de por sí, dejando ó no modificada por el tratamiento la gastralgia, son otras tantas circunstancias que pueden ponernos en el camino de la verdad. Entonces queda reducido el caso á su estado de simpicidad, y el diagnóstico es tal como mas arriba lo hemos espuesto.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la gastralgia aguda y del embarazo gástrico.*

GASTRALGIA AGUDA.	EMBARAZO GÁSTRICO.
Dolor vivo de estómago.	*Incomodidad* epigástrica *mas bien que dolor.*
Persistencia del apetito.	*Inapetencia* y aun aversion á los alimentos.
No hay cefalalgia, á menos de complicacion.	En menos casos *cefalalgia* supra-orbitaria.
Náuseas *solamente despues de comer ó por la mañana.*	Frecuentemente vienen náuseas molestas *en varias épocas del dia.*

2.° *Signos distintivos de la gastralgia aguda y de la gastritis aguda.*

GASTRALGIA AGUDA.	GASTRITIS AGUDA.
Consérvase mas ó menos apetito.	*Inapetencia.*

No hay dolor á la presion, ó es *ligero.*	Dolor á la presion, con frecuencia *vivo.*
Vómitos *raros* y compuestos de *mucosidades ó de alimentos.*	Vómitos *biliosos repetidos.*
Nada de fiebre.	*Movimiento febril* mas ó menos pronunciado.

3.° *Signos distintivos de la gastralgia crónica, y de la gastritis crónica.*

GASTRALGIA CRONICA.	GASTRITIS CRONICA.
Por lo comun *no viene á complicar* otras afecciones, si ya no es á las neurosis.	*Ordinariamente complica* á otra afeccion.
Vómitos *poco frecuentes* de *materias alimenticias* ó de mucosidades.	*Repetidos* vómitos *biliosos ó de materias alimenticias.*
Dolores espontáneos, que *frecuentemente son muy vivos.*	Dolores espontáneos *menos vivos* por lo general.
Por lo comun no hay dolor á la presion.	Siempre hay dolor *mas ó menos vivo* á la presion.
Marcha *muy irregularmente* la enfermedad.	Marcha *menos irregular.*
Falta la fiebre, á no ser que haya complicacion.	*Ordinariamente hay fiebre* que en muchos casos depende de la enfermedad principal.

4.° *Signos distintivos de la gastralgia crónica y de la úlcera simple del estómago.*

GASTRALGIA CRÓNICA.	ULCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO.
Se conserva mas ó menos apetito.	*Inapetencia.*
Vómitos á una *hora mas ó menos distante* de la ingestion de los alimentos.	Muchas veces vómitos *inmediatamente despues* de tomar alimento.
Nunca hay vómitos negros ó de sangre pura.	*Suele* haber vómitos negros ó de sangre pura.
La enfermedad *progresa lentamente.*	La enfermedad camina con *mas rapidez.*

5.° *Signos distintivos de la gastralgia crónica, y del cáncer del estómago.*

GASTRALGIA CRÓNICA.	CANCER DEL ESTÓMAGO.
Por lo comun hay vómitos viscosos ó de materias alimenticias, *poco despues de tomarlas.*	Vómitos de alimentos *mucho tiempo despues de las comidas.*

Demacracion *menos rápida.*	Demacracion *rápida.*
No hay signos de caquexia cancerosa.	*Signos de caquexia* cancerosa.
Frecuentemente hipocondría.	*No es tan frecuente* que venga hipocondría.
Marcha la enfermedad *mas irregularmente.*	La enfermedad progresa *mas regularmente.*

6.° *Signos distintivos de la gastralgia y de los dolores epigástricos de la neuralgia intercostal.*

GASTRALGIA.	DOLORES EPIGASTRICOS DE LA NEURALGIA INTERCOSTAL.
Por lo comun no hay dolor á la presion.	Hay un punto *doloroso á la presion* en el epigastrio.
No hay punzadas que respondan en la region dorsal, ó que partan de ella.	*Punzadas* en el trayecto del nervio.
No se encuentra *ningun otro punto* doloroso en el trayecto de los nervios.	Hay *otros puntos* con un dolor parecido al epigástrico.
Desarreglos manifiestos de las funciones del estómago.	*No hay desarreglos* funcionales en el estómago.

No es raro ver que coexistan estas dos últimas enfermedades, y entonces, como mas arriba dije, no tiene el mismo valor el diagnóstico diferencial.

Pronóstico. Habiéndome esplicado ya al hablar de la terminacion, respecto á la gravedad de la gastralgia considerada de una manera general, únicamente tengo que decir que propende á perpetuarse, y exige por lo comun los socorros de la medicina, cuando sobrevienen en individuos anémicos, y en cloróticas, á consecuencia de un régimen demasiado severo. Por lo demas ahora vamos á ver que casi siempre cede pronto á un tratamiento bien dirigido.

§. VII.—Tratamiento.

Si se toman por ejemplos de esta afeccion todos los hechos de cardialgia referidos por los autores, proviene el tratamiento de tiempos remotos y es en estremo rico; pero si tenemos presente que los médicos anteriores al siglo presente tenian por necesidad que confundir en no pocos casos las diversas afecciones que hemos separado en el artículo *Diagnóstico*, entonces se comprenderá cuánta reserva no deberá presidir al uso de las medicaciones recomendadas por los autores. Ya espondré los diversos medicamentos prescritos,

y al mismo tiempo trataré de apreciar su valor, de modo que conozcamos los que segun la observacion son útiles en realidad.

Emisiones sanguíneas, emolientes y régimen severo. No ha sido solamente el reinado de la medicina fisiológica la época de las evacuaciones sanguíneas: recomendadas estaban ya por Thoner, Fed. Hoffmann y otros muchos autores, aunque solamente en el caso de ser pletóricos los individuos, ó cuando se supusiese que la enfermedad procedia de la supresion de un flujo. Pero nunca como entonces es de dudar que se haya formado buen diagnóstico, y por desgracia no nos es preciso dilucidar este punto, á causa del laconismo escesivo de las observaciones. Aplicables son tambien estas reflexiones al uso de las ventosas secas sobre el epigastrio, medio recomendado ya por Galeno.

En estos últimos años se ha combatido con evacuaciones sanguíneas la gastralgia, en casos en que no podia dudarse de su existencia, no obstante que los médicos que dirigian el tratamiento creyesen que se las habian con una verdadera gastritis. Aunque por lo comun no se prescribiera la *sangría general*, se ha practicado en tres sugetos; teniendo por resultado que en uno se agravó mucho la enfermedad, y que en los demas no produjo ningun efecto. Las *sanguijuelas* eran á las que de ordinario se recurria, y aplicadas fueron en los casos que tengo á la vista, y en número de sesenta, ochenta, ciento y veinte, y ciento cincuenta, en varias ocasiones, á doce sugetos. Pues en ocho se agravaron, y no pocas veces estremadamente, los síntomas, por la aplicacion de sanguijuelas; tres no sintieron la influencia de la evacuacion, y tan solo se alivió uno, y eso pasajera y muy incompletamente. ¿A qué aguardamos, pues, para desterrar por siempre del tratamiento de la gastralgia las emisiones sanguíneas?

En casi todos los sugetos de que acabo de hablar se usaban *emolientes* y un *régimen severo*, al mismo tiempo que las evacuaciones sanguíneas, y á ellos hay que atribuir parte del incremento de los síntomas; porque no por haberles empleado esclusivamente en tres casos dejó de observarse dicha exasperacion.

Pero téngase entendido que ahora no tratamos sino de la gastralgia espontánea mas ó menos antigua, ó sea de la cardialgia crónica; que, cuando sobrevienen dolores nerviosos de estómago á consecuencia de tomar sustancias irritantes ó antipáticas, bastan para disipar todos los síntomas un régimen suave y algunas bebidas emolientes. No se in-

sista, sin embargo, mucho tiempo en estos medios; porque bien pueden tener los malos efectos de que hablo, como indudablemente ha sucedido en no pocos casos. Atemorizados los enfermos por la susceptibilidad de su estómago, y creyendo que es mucho mas grave su afeccion, no se atreven ya á volver al régimen habitual; repiten los medios con que al principio sintieran alivio, y precisamente se provocan así la reaparicion de los dolores que tenian. Mas persuadidos aún de que está irritado violentamente su estómago, persisten en la medicacion que adoptáran, y así es como vienen esas gastralgias largas y rebeldes. La observacion diaria, por mas que esté en oposicion con ciertas ideas teóricas, nos dice que acaso será la gastralgia aguda la afeccion en que con menos temor se puede seguir el régimen habitual.

Vomitivos y purgantes. Muy natural es que se haya recurrido á los vomitivos en el tratamiento de la gastralgia, cuando era punto de doctrina que el vómito cura al vómito; y así es que Wolff, J. Franck, Hecker (*in Schmidt's Rec. der best., Ærst.*, 1831), etc., recomiendan un vomitivo suave y principalmente la *ipecacuana*, sustancia que J. Franck quiere se dé á la dósis de 20 á 30 granos en los adultos. En el *Journal des Conn. médic.* (abril 1836) se lee una observacion en que el *tártaro estibiado* á dósis de vomitivo hizo desaparecer una gastralgia de las mas intensas. Pero en mi concepto hay que poner muchas restricciones para poder admitir la opinion de los autores que acabo de citar: estoy en la creencia de que es muy probable que no hubiese sino embarazos gástricos ó quizás indigestiones en los casos de que se trata. Entre los que á la vista tengo, no hay mas que cuatro en que se hayan empleado los vomitivos; y en dos de estos agravaron la enfermedad, mientras que en los otros dos fueron infructuosos. El citado Hecker dice haber obtenido buenos resultados á beneficio de la ipecacuana; pero adviértase que le incorporaba otras sustancias de eficacia reconocida, y principalmente el opio en esta forma:

R.	Ipecacuana.	4 granos.
	Opio puro..	
	Alumbre crudo.	16 idem.
	Oleosacarum de cedro.	12 idem.

Divídase en ocho papeles, de los que se tomará uno cada hora.

De lo dicho resulta, que en la gastralgia no deben usarse los vomitivos.

Estas mismas reflexiones son tambien aplicables al uso de

los *purgantes*: ó se han empleado al mismo tiempo que otros medios mucho mas eficaces, ó su influencia curativa ha sido dudosa, si ya no es que hayan contribuido á agravar la enfermedad. Nuestra oposicion, que se dirige principalmente á los *drásticos*, es tanto mas necesario tenerla presente, como tambien las consideraciones en que se funda, cuanto que la constipacion, no pocas veces tenaz, induce al práctico á dar repetidos purgantes violentos. Pero muy desacertado seria llevar este temor hasta la exageracion: muchos casos se cuentan en que se ha vencido la constipacion, que es un síntoma molesto, á beneficio de purgantes suaves, sin agravar en nada el estado del estómago. Y dejémonos principalmente de temores respecto de que suceda á la gastralgia una de esas gastritis que tanto impusieran en otro tiempo; porque no se cuenta ni un solo hecho auténtico que los justifique.

Hauff (*Med. Convers. Blatt.*, 1832) recomienda el ruibarbo asociado con la belladona y el subnitrato de bismuto, como se ve en esta su fórmula:

℞.	Raiz de belladona pulverizada. . .	6 granos.
	Subnitrato de bismuto.	36 granos.
	Raiz pulverizada de ruibarbo. . .	3 dracmas.
	Estracto de regaliz.	áá. c. s.
	— de diente de leon. . . .	

Háganse píldoras de 2 granos, de las que se tomarán tres cada dia.

Hauff asegura haber curado por este medio, no solamente gastralgias violentísimas y muy rebeldes, sí tambien induraciones incipientes del píloro y del páncreas; exageracion conocida, que mas bien tiende á desacreditar este remedio que á ganarle confianza.

El doctor Tod (*in Schmidt's Rec. der vest. Ærst.*) quiere que nos valgamos de la *magnesia*, con el doble objeto de destruir los ácidos y de poner corriente el vientre, y la prescribe en los polvos siguientes:

℞.	Magnesia blanca.	1 dracma.
	Cuasia pulverizada.	5 granos.

Tómense todos los dias esta dósis y otra igual.

Antiespasmódicos. Atendiendo á que se consideraba la enfermedad como un espasmo, un calambre del estómago, es fácil de concebir por qué se usaban tanto los medicamentos de este género. Pero de ninguno se han hecho mayores elo-

gios que del *bismuto*. Prescrito por Odier á fines del siglo pasado contra los dolores de estómago, el *subnitrato de bismuto* ha sido recomendado por muchísimos autores, principalmente por Hufeland, que une este medicamento al *beleño*, Kopp (*Beob. in Geb. der ausüb. Heilk.*; Frankf., 1821), Laennec (*Journ. de Corvisart*; 1816), y en estos últimos tiempos, por Trousseau, que es el que mas ha insistido sobre la eficacia de este remedio. Adminístrase *desde un escrúpulo á una dracma*, mezclado con igual cantidad de *azúcar*, dósis que se toma dos ó tres veces al dia en una cucharada de agua ó de tisana, y que ha de reducirse á tres ó seis granos para los niños. Pero no todos los autores se contentaban con prescribir solo el subnitrato de bismuto; y habiéndole asociado muchos á otros medicamentos de actividad propia han hecho que no podamos apreciar sus efectos. Kopp le unia al *estracto de lechuga*, á la *magnesia* y á la *raiz de ipecacuana* en esta forma:

℞.	Subnitrato de bismuto.	de 2 á 3 granos.
	Estracto de lechuga.	de 1 á 2 idem.
	Magnesia.	2 idem.
	Raiz pulverizada de ipecacuana. . .	de 1/2 á 1 idem.
	Oleosácarum de manzanilla.	10 idem.

Mézclese y pulverícese. Tómense todos los dias otros tres ó cuatro papeles iguales.

El doctor Schroeder (*Diss. de Gastritide chronica*, 1835) y Ellisen (*Journ. des Conn. Méd.*, 1836) han dado fórmulas análogas, de las que la siguiente pertenece al último de ellos:

℞.	Ipecacuana pulverizada.	4 granos.
	Subnitrato de bismuto precipitado. .	6 idem.
	Opio puro..	8 idem.
	Magnesia.	áá. 1 dracma.
	Azúcar blanco.	

Pulverícese y divídase en diez y ocho partes iguales, de las que se tomará una cada hora.

La *asafétida* ha sido recomendada principalmente por Albers, que la une al subnitrato de bismuto y á la *valeriana*, de este modo:

℞.	Asafétida.	1 onza.
	Subnitrato de bismuto..	áá. 1 dracma.
	Aceite de valeriana.	

Mézclese. Háganse píldoras de dos granos, para tomar cinco, ocho ó diez cada dos horas.

La *valeriana*, que tan frecuentemente se administra como antiespasmódico, se ha prescrito tambien en la enfermedad que nos ocupa. Guibert (*Rev. Méd.*, 1827) es el que mas insiste en el uso de este medicamento, que segun quiere ha de administrarse á dosis altas. Se dá el estracto en píldoras de grano, principiando por *dos* al dia y elevando gradualmente la dósis hasta diez y aun diez y ocho; cantidad de la que se puede pasar con tal que se vigile cuidadosamente la accion de este medicamento. Y entiéndase tambien lo que he dicho de la valeriana, respecto del *acónito*, medicamento que se ha usado ya solo, ya unido á otros sedantes.

Tambien se han empleado, y están muy recomendados, el *almizcle*, el *castóreo*, el *hidroclorato de zinc*, el *agua de laurel-cerezo* y el *éter*. Pero si bien es cierto que todos estos medicamentos cuentan curaciones de que hablan muchos autores, tambien lo es que cuando se trata de comparar su eficacia con los demas medios usados en la gastralgia, se ofrecen dificultades insuperables, nacidas de no haber practicado nunca indagaciones comparativas.

El doctor Bod (*in Most' s Encyc, der Medi*; Leipsik, 1833) es quien mas insiste sobre la medicacion anti-espasmódica en los dolores de estómago que sobrevienen *en las histéricas*, especie de cardialgia que la llama *histérica*. Ahora veremos los medios que emplea, advirtiendo que, segun la teoría de este autor, mas bien dirige su tratamiento contra el histerismo que le parece proceder del estómago, que contra una enfermedad local de este órgano. Primero prescribe la pocion siguiente:

R.	Tintura de ruibarbo.	1 onza.
	Elixir visceral de Hoffmann (1).. } Tintura de cáscara de naranja. . }	áá. 4 dracmas.
	Castóreo. . . . . } Eter sulfúrico. . . . . }	áá 1 onza.

Mézclese. Para tomar una cucharada de té tres veces al dia.

---

(1) Este elixir contiene muchas sustancias, como se ve en esta fórmula:

Sucino. . . . . } Tartrato de potasa. . . . . }	áá. 4 dracmas.
Quina.	2 onzas.
Cascarilla . . . . . } Genciana. . . . . }	áá. 4 dracmas.
Mirra.	1 dracma.

Al mismo tiempo prescribe dos ó tres lavativas diarias compuestas de este modo:

R. Infusion de valeriana. . . . . C. S.
Asafétida. . . . . de 1 á 2 dracmas.

Citó esta medicacion, que vemos es complicadísima, para manifestar cuán errónea es la opinion de los médicos que en estos últimos años creian que toda medicacion escitante debe agravar y perpetuar los dolores de estómago.

Narcóticos. De no menos reputacion han gozado estos medicamentos, y aun hoy dia son de uso muy general, sobre todo el *opio* y las *sales de morfina* interior y esteriormente. Y aunque en los casos que á la vista tengo trajo el uso de ellos mucha mejoría, y casi siempre curaciones rápidas, no es lícito, sin embargo, atribuirles esclusivamente tanto beneficio, porque nunca se han empleado aisladamente, y por lo comun han coincidido un *régimen analéptico* y algunos *tónicos* ú otros medicamentos, de que mas adelante hablaré. Nada mas notable en el uso de los narcóticos que la suspension pronta de los dolores, muchas veces vivísimos y muy duraderos; pero cuando estos medicamentos no son coadyuvados por los medios que acabo de indicar, es pasajera la calma de los dolores, y frecuentemente se reproducen con mas intensidad. El *opio* se dá á la dósis de uno á dos granos por dia; y á pesar que algunos autores creen que es mas útil asociarle otras sustancias, no está probado que sea muy importante esta precaucion. Con todo, voy á esponer la fórmula prescrita por el doctor Koechlin (*in Hufeland's Journal;* noviembre, 1831), con motivo de contener muchas sustancias que se consideran útiles en la gastralgia:

R. Semilla de adormidera blanca. . . . . 1 onza.
Agua comun. . . . . 10 idem.
Hágase una emulsion, y añádase:
Licor sucinado de cuerno de ciervo. 4 dracmas.
Tintura de opio. . . . . 2 idem.
Aceite de menta piperita. . . . . 10 gotas.
Para tomar dos cucharadas de hora en hora.

El doctor Koechlin cita un hecho en que indudablemente fué eficaz esta preparacion, pues que administrándola des-

---

Agua de clavos de especia. . . . . 5 onzas.
— de melisa. . . . . 4 idem.
— de menta. . . . . 3 idem.
Cuélese despues de veinte y cuatro horas de digestion.

apareció prontamente una gastralgia antiquísima y muy tenaz.

Padioleau (*Bull. gén. de Thér.*; noviembre, 1842) ha recurrido al opio y al acónito, de cuya asociacion dice haber obtenido buenos resultados con la fórmula siguiente:

R.	Estracto acuoso de opio.	3 granos.
	Estracto de acónito.	2 idem.
	Jarabe de flores de naranjo.	3 onzas.

Para tomar, en cuanto se coma, una cucharada de café dos veces al dia.

Con corta diferencia se han prescrito lo mismo las *sales de morfina*, y en particular el *acetato* y el *hidroclorato*. Así es como Sandras (*Bull. gén. de Thér.*) ha visto disiparse por el uso de dos ó tres cucharaditas de jarabe de acetato de morfina tomadas inmediatamente despues de comer, síntomas gastrálgicos muy intensos. Si no se tiene jarabe, basta con poner en un vaso de agua azucarada un grano de acetato ó de hidroclorato de morfina, y tomar igualmente dos ó tres cucharaditas.

Hay autores que han empleado la *belladona*, el *datura* y el *beleño*; pero como de ningun modo está demostrado que estas sustancias tengan mas eficacia que las ya mencionadas, es inútil detenernos en ellas.

En favor del *tridacio* se ha intentado una escepcion, atribuyéndole cierta virtud específica; pero no está probado que esta sustancia merezca mejor que las otras los elogios que se le han tributado. Aubergier (*Bull. gén. de Thér.*; noviembre, 1842) le ha prescrito, bien en *píldoras* á la dósis de seis granos al dia, bien en *jarabe* á la de doce, no siendo dudoso su efecto calmante.

Con mucha frecuencia se usan los *narcóticos esteriormente*. Hoy en dia como mas se aplican es por el método endérmico: antes no se hacia mas que poner en el epigastrio emplastos que contenian una buena cantidad de opio ó de cualquiera otra sustancia narcótica; pero este proceder es muy inferior al primero. En estos últimos tiempos ha citado Rougier (*de l' Emploi de la Morphine*, etc.) muchas observaciones de gastralgias, y no pocas de ellas antiguas, que se disiparon muy pronto por la *absorcion de algunos granos de hidroclorato de morfina*. Este medicamento se usa curando todos los dias con medio á un grano de él ó del acetato, una denudacion pequeña producida en el epigastrio, ya con el auxilio de la pomada amoniacal, el martillo candente ó segun

el método ordinario; y si pasados algunos dias no se han acallado los dolores, se aplica otro, porque sobre todo es indispensable abstenerse de mantener estos vejigatorios con pomadas escitantes, á causa de que es mucho mas doloroso de esta manera, y á veces insoportable el uso de la morfina.

De cuantos medios hemos visto hasta ahora, no hay ninguno que mas confianza merezca que los opiados, con tal que se coadyuve su accion por el régimen y otros medicamentos, de que vamos á hablar ahora mismo.

Escitantes. Estos medicamentos son de mucha importancia en el tratamiento de la gastralgia. Imposible seria enumerar todos cuantos se han prescrito; lo que es fácil de concebir, si nos paramos en que forman la base de todos los medicamentos llamados estomacales ó cardiacos, de los elíxires viscerales, cardiálgicos, etc. Y es preciso decirlo: muchos han usado de tales sustancias, aplicándolas sin discernimiento en todos los estados morbosos del estómago, acompañados de inapetencia, y que se confundian bajo el nombre de dispepsia. Esta es la causa de que años pasados se proscribiesen del todo, aunque infundadamente, puesto que muchísimos hechos dicen que administrados cual conviene, gozan de una eficacia indudable. Pero perplejos nos vemos al elegir entre estos medicamentos los que han de prescribirse con preferencia, y así es que no me detengo en muchos detalles, y basta decir que la *manzanilla*, la *menta*, la *corteza de naranjo*, los *clavos de especia*, los *ajenjos*, la *canela*, y aun la *bien-granada* y el *pelitre*, entran frecuentemente en las preparaciones que por lo comun se emplean, y dan á conocer alguna de las fórmulas mas usadas. Con el nombre de *mistura estomacal* se ha prescrito la mezcla siguiente:

R.	Sacarado de quina. . . . . } Conserva de ajenjos. . . . . }	áá. 2 dracmas.
	Jarabe de manzanilla.	1 onza.
	Agua de clavos de especia..	4 idem.

Tómense dos ó tres cucharadas al dia.

ó bien:

R.	Ajenjos.	1 onza.
	Cáscara de naranja.	8 idem.
	Ruibarbo.	2 1/2 escrúpulos.
	Genciana.	1 dracma.
	Agua hirviendo..	C. S.

Para obtener, ya colado, 7 onzas: añádase despues de una infusion corta:

Jarabe de cortezas de naranja. . . . 1 onza.

Tómese al dia en dos ó tres veces.

Tambien se ha puesto en esta mezcla la *canela*, el *azafran*, la *nuez moscada* y aun el *alcohol*, sustancia que es el líquido en que se infunden los medicamentos escitantes que entran en la composicion de los elíxires.

Habiéndose prescrito tambien para el objeto varios *polvos*, se ha dado la *canela*, la *nuez moscada*, la *pimienta cubeba*, el *cilantro*, á dosis diferentes, y muchas veces uniéndoles al *ruibarbo*. Repito, en fin, que no hay medicacion mas variada que esta. Seria estenderme en vano el citar otros ejemplos, cuando tan fácil es al médico asociar estos medicamentos.

Los muchos casos en que, lejos de aumentar los dolores esta medicacion escitante, ayudó poderosamente á desterrarlos, nos dá una prueba de su eficacia. Es menester que de ello se convenzan los prácticos; porque la causa de haber adquirido crédito muchas drogas inventadas por el charlatanismo, es la timidez con que no pocos médicos empleaban tales medios en los dolores vivos del estómago, ó la repugnáncia invencible que concibieron contra esta medicacion. Aquí depende todo de la seguridad del diagnóstico: si se tiene bien estudiada la enfermedad y se ven claramente los signos que mas arriba hemos espuesto, no hay lugar á dudas; porque insistiendo, como ya he dicho y conviene repetirlo por ser punto fundamental, en la medicacion debilitante, no solamente se eterniza la enfermedad, sino que tambien se la torna mas violenta y rebelde.

Schmidtmann, á quien tan justamente se le cita toda vez que de la gastralgia se trata, empleaba mucho los medicamentos que decimos. Sus prescripciones eran del *estracto de cuasia*, de la *centaura menor* y de los *ajenjos*, añadiéndoles tónicos ferruginosos ó amargos; tratamiento de cuya eficacia no dejan duda las observaciones que refiere.

Tónicos amargos y *ferruginosos*. Los mas de los autores han asociado, á modo de Schmidtmann, los tónicos á los escitantes, y claro es que se empleará con preferencia la *quina*. De esta sustancia se han usado con mucha frecuencia dos preparaciones llamadas estomacales, de las que es una la mistura precedente, y la otra la pocion que sigue:

℞. Sacarado de quina.	} ãã.	2 dracmas.
— de vainilla..		
Elixir de Garus..		4 idem.
Jarabe de ajenjos..		1 onza.
Agua de canela..		4 idem.

Fougier recomienda unos polvos, que muchas veces he

tenido ocasion de prescribir, que producen muy buenos efectos, y cuya composicion es esta:

℞. Estracto seco de quina en polvo.. } áá. 40 granos.
Carbonato de hierro. . . . . }
Canela pulverizada. . . . . 10 idem.

Háganse dos papeles, y tómese uno por la mañana y otro por la tarde.

Dufresne (*Bibl. univ.*; mayo, 1831) ha puesto en uso la *cinconina*, á pesar de que no está probado que sea mas útil que la quina.

Ya hemos visto que los ferruginosos se unen á los tónicos; pero tambien se les prescribe solos, método cuya utilidad encomian como nadie, Trousseau y Bonnet (*Arch. gén. de Méd.*; 1832). Y puesto que ya hemos hablado de su manera de combatir los dolores de estómago en la clorosis con el subcarbonato de hierro (véase tomo IV, artículo *Clorosis*), lo mejor es remitir allí al lector, y solamente diremos que, segun los autores, en los casos de clorosis es donde principalmente prueban mejor los ferruginosos. Con el mismo éxito se han usado las *limaduras de hierro*, el *sulfato* y los diferentes preparados, citados en el artículo *Clorosis*. Hoffmann recomendaba los polvos siguientes:

℞. Limaduras de hierro. . . . . 8 granos.
Azufre lavado. . . . . 1 onza.
Estracto seco de cuasia. . . . . 6 granos.

Pulverícese, y háganse cuatro papeles, de los que se tomarán tres al dia.

Segun Hoffmann, donde mas eficacia desarrolla esta preparacion, es en la *cardialgia de los gotosos*; pero no está probado que sea útil en casos de otro género.

Los *amargos*, tales como la *centaura menor*, el *lúpulo*, *fumaria*, etc., han sido prescritos en tisana ó en estracto. No hay á qué dar fórmulas, puesto que al hacerlo no ofrece grande interés. Citaré, sí, de una manera particular la *hiel de buey*, sustancia á que han concedido bastante confianza muchos autores, principalmente Schmidtmann, y que se prescribe unida á otras cuantas de las espuestas, así como sigue:

℞. Hiel de buey concentrada. . . }
Estracto de genciana. . . . . } áá. 3 dracmas.
Ruibarbo. . . . . }
Carbonato de hierro. . . . . 1 idem.

Háganse píldoras de dos granos, de las que se tomarán ocho ó doce al dia, principalmente antes de comer.

Medicamentos alcalinos. Entre los medicamentos que de este género se han prescrito en la *gastralgia con eruptos ácidos y pirosis*, ocupa el primer lugar el *carbonato de amoniaco*, sustancia elogiada por algunos autores poco menos que como un específico, é introducida por ellos en casi todos sus medicamentos estomacales. Pero, además que está sin probar esta eficacia especial, debemos tener entendido que no se ha prescrito sola, sino con otros muchos de los medicamentos ya mencionados. Hé aquí la fórmula de Richter (*Medic. und Chir.* Bemerk.):

R. Carbonato de amoniaco líquido. . . 7 dracmas.
Agua de flores de manzanilla. . . . 3 onzas.
Añádase:
Jarabe de flores de manzanilla. . . 7 dracmas.
Para tomar una cucharada comun cada media hora.

Stütz (*Hufeland's Journ.*; 1810), que recomienda particularmente los álcalis, empleó de preferencia el *carbonato de potasa*, administrándole de este modo:

R. Carbonato de potasa. . . . . 4 á 6 granos.
Agua de cal. . . . . 1 cucharada comun.
Mézclese. Tómese en media taza de leche dos veces al dia.

Nadie ignora que tienen una influencia provechosa ciertas *aguas minerales*, como la de *Vichy*, la de *Pougues*, la de *Néris*, etc.; medicacion respecto de la que nos basta con citarla.

Michaelis recomendaba el *acéite de tártaro*, que no es mas que el carbonato de potasa en delicuescencia, *á la dósis de diez y ocho á veinte gotas*, y creia que principalmente es eficaz en las personas histéricas (*Hufeland's Journ.*; 1797).

Se ha prescrito, en fin, la *magnesia* á la dosis de *una á dos dracmas al dia*; pero los medicamentos que acabamos de citar parece que han sido mas á propósito para combatir un síntoma, por ejemplo la acidez de las primeras vias, que para triunfar de la enfermedad en sí.

Otros varios medios. Aún se han usado contra la gastralgia otros muchísimos medios. No haremos mas que citar los principales; porque si entrar quisiéramos en pormenores, tendríamos que estendernos demasiado, y porque de los remedios que vamos á mencionar no hay ninguno que goce evidentemente virtudes específicas.

El doctor Münzuthaler elogia el *aceite de hígado de baca-*

lao á la dósis de una cucharada, que ha de repetirse cuatro veces al dia.

Elison (*Journ. de Pharm.*; marzo, 1832) administró la *tintura alcohólica de guayaco*, unida á *la de beleño*, en la proporcion siguiente:

R.	Tintura alcohólica de beleño. . . .	1 dracma.
	— — de guayaco. . .	1|2 idem.

Mézclese. Tómense treinta gotas por mañana y tarde.

Algunos autores, con particularidad Johnson y Ruef (*Medic. Annalen*, tomo XII), han llegado á prescribir el *nitrato de plata*, sustancia que el último de ellos dá en esta forma:

R.	Nitrato de plata..	10 granos.
	Estracto de diente de leon. . . } áá.	1 dracma.
	Raiz de lirio de Florencia. . . . }	

Háganse cuarenta píldoras, de las que se tomarán de una á cuatro al dia.

Al ver que los remedios ya espuestos gozan de una influencia tan reconocida, no sé por qué se haya de emplear semejante medicamento. Para esto seria necesario demostrar que obra con mas prontitud y seguridad que todos los demas, y es lo que precisamente queda por hacer. Aplicables son estas reflexiones al *éter fosforado*, elogiado por Lobstein (*Recherches sur le fhosphore;* Strasburgo, 1815).

Afusiones frias, é hidropatía. Muchos autores, y entre otros Récamier, recomiendan las *afusiones frias*, y esto nos conduce á decir dos palabras de la hidropatía, medicacion cuyos efectos tanto se ensalzan en la actualidad. Dánse bastantes hechos espuestos con el título de *gastritis*, ó de *gastroenteritis crónicas*, en que se dice haber obtenido prontamente la curacion por la *hidropatía*. En otra parte (*de la Hidroterapéutica, ó Hidrosudopatía*; *Arch. gén. de Méd.*; noviembre y diciembre, 1843) advertí, que no son muy legítimas las conclusiones sacadas de estos hechos: verdad es que en el curso del tratamiento hidropático se han curado con mas ó menos prontitud enfermos que padecieran gastralgias antiguas; pero tambien es menester acordarnos que dichos sugetos cambiaron completamente el régimen; que se les permite una alimentacion sustanciosa, aunque sencilla; y que tales circunstancias tienen parte en el buen resultado que se obtiene. No neguemos, sin embargo, que dicho tratamiento pueda influir en la gastralgia; y aun es cierto que entre casi

todas las afecciones en que se usa, esta es en la que mas ventajosamente obra: yo no digo mas sino que seria útil poseer muchas mas observaciones, á fin de compararlas con aquellas en que se dice haber obtenido un éxito feliz de otro tratamiento.

A algunos enfermos he prescrito *agua pura* á la dósis de uno ó dos vasos por mañana y tarde y despues de comer, y todos han observado que bajo la influencia de medicacion tan sencilla disminuian mucho en número los eruptos ácidos.

Por último, algunos médicos han empleado la *nuez vómica* (Schmidtmann) y otros la *electricidad* (el doctor Gourdon, *Journ. des Conn. medicales*, 1836; y Sarlandiere), sin atender á la poca utilidad que resulta de acumular así medicaciones que tan rara vez se han adquirido prosélitos, y cuyos efectos no podemos apreciar cual conviene.

Resúmen. Si ahora dirigimos una mirada sobre cuanto hasta el presente se ha dicho, veremos que no obstante ser tan rico, tan variado, y en algun modo tan disparatado este tratamiento, se puede reasumir sucintamente hasta llegar á establecer las principales bases. En efecto, los únicos medios de virtud bien demostrada son: de una parte los narcóticos, por cuanto calman prontamente los dolores, y de otra los escitantes, los tónicos y los amargos que, desterrando la debilidad del estómago, tornan fáciles las digestiones. Estas son las dos claves á que pueden pertenecer los mas de los medicamentos usados; y como claramente es análoga su accion, basta que se halle prevenido el médico para que le sea asequible formular al instante el tratamiento de la gastralgia.

Régimen é higiene. Pero poco haremos no fijando en el *régimen* la mayor atencion: demostrado está ya la gran parte que tiene en el tratamiento, juntamente con los cuidados higiénicos. Puede decirse en general que debe ser *analéptico*; y todo se reduce á que una vez bien conocido el estado del sugeto, se principie por los alimentos y bebidas que pueda soportar, concediendo en seguida el régimen mas sustancioso. En atencion á esto, los sugetos profundamente debilitados, cuyo estómago rehusa todo alimento, tienen que principiar por caldos frios y cortas cantidades de vino generoso, y sin tardanza se llegará á las carnes asadas, al vino de Burdeos, á los de España, etc. Mas no se crea que se corre mucho peligro procediendo con mayor rapidez: mas de temer es que se peque por esceso de prudencia, que por temeridad. Y la prueba de ello son las curaciones obtenidas por charlatanes que obran sin ningun discernimiento, recomendando

desde luego alimentos sustanciosos con bebidas escitantes, en casos donde no obtuvieron ninguna ventaja médicos demasiado imbuidos en ciertas ideas teóricas.

No hay, pues, que temer cuando hay seguridad de que la dolencia es nerviosa, en poner prontamente á los enfermos un régimen mucho mas sustancioso. Al mismo tiempo se recomendará el *ejercicio moderado*, el *habitar en el campo*, y principalmente ha de cuidarse de *inspirar á los enfermos la mayor confianza* prometiéndoles que se curarán pronto y definitivamente. En efecto, ya hemos visto que los mas estaban dispuestos á la hipocondría, estado nervioso que es muy contrario á los buenos efectos del tratamiento. Barras, que padeció dicha enfermedad, y sufrió esa desconsoladora disposicion, ha podido juzgar lo útil que es la precaucion de que se trata, y así es que la recomienda tanto.

¿Tendremos ahora que examinar las diferentes especies de gastralgias (histéricas, cloróticas, gotosas, reumáticas, étc.) admitidas por muchos autores, á fin de saber si cada cual exige un tratamiento particular? A mi modo de ver es escusado; porque además de que solo encontraríamos aserciones sin pruebas, tengo dicho en el curso de este artículo, á propósito de cada medicacion particular, cuanto necesitamos saber. En un caso, mas conveniente es añadir dos palabras acerca del tratamiento de varios síntomas.

Tratamiento de los síntomas. La *constipacion*, síntoma en que ha de fijarse la atencion del médico, se combate con *lavativas purgantes*, ó como mas arriba he dicho, con minorativos. Si fuesen muy frecuentes los *vómitos*, se prescribirán con particularidad el *agua de Seltz* y los *polvos aeróforos* de Schmidtmann, esto es, la mezcla de ácido tartárico y de subcarbonato de sosa. Tambien hemos visto con cuánta facilidad triunfan los opiados del *dolor*, y qué pronta y fácil tornan la *digestion* los tónicos y los escitantes. En casi todos los casos de gastralgias crónicas bastan estas cuatro clases de remedios para desterrar muy pronto cada síntoma en particular.

Para formarse una idea de lo rápidamente que puede triunfar de la enfermedad, aun en los casos graves, el tratamiento, tal como acabamos de esponerle, baste decir que en las observaciones que á la vista tengo, no se han necesitado sino uno á dos meses, y algunas veces mucho menos, para acabar con gastralgias que contaban dos, tres, cuatro y aun nueve años. Vése, pues, que esta enfermedad es una de las que mas fácilmente ceden á los recursos de la medicina.

Por último, si de parte de los demas órganos se encuentra alguna causa á que pueda atribuirse la enfermedad, no hay que dar treguas en combatirla. Así es como Mondiere ha tratado la gastralgia *sucedánea á la supresion del sudor de los pies*, y por lo mismo se combate la *leucorrea*, manantial tan fecundo de gastralgias. Pero dejémonos de estos medios, puesto que de ellos he hablado minuciosamente en otra parte. (Véase *Leucorrea*; *Tratamiento del Coriza, producido por la supresion del sudor de los pies*, tomo I, etc.)

Prescripciones. Con pocas hay bastante para indicar de una manera general la conducta que ha de seguirse, cuando los medios que tenemos que usar en los diversos casos particulares se ofrecen, digámoslo así, de por sí al médico.

Primera prescripcion.

En caso de gastralgia, producida rápidamente por una causa escitante (gastralgia aguda).

1.° Para tisana, un cocimiento ligero de manzanilla que esté azucarado.
2.° Dos ó tres cucharadas al dia, y sobre todo, inmediatamente antes ó despues de la comida, de jarabe de acetato de morfina.
3.° Una lavativa con agua de malvabisco y cabezas de adormideras.
4.° Quietud y régimen suave.

Segunda prescripcion.

En caso de gastralgia crónica con mucho dolor.

1.° Para tisana, infusion de tila dulcificada con jarabe de flores de naranjo.
2.° Cura con el acetato de morfina, del vejigatorio de la region epigástrica.
3.° Al interior cualquiera de los narcóticos mencionados.
4.° Preparaciones tónicas, ferruginosas, amargas, escitantes, aguas minerales de Vichy, de Pougues, etc. (véase página 93 y siguientes).
5.° Lavativas purgantes para combatir la constipacion.
6.° Ejercicio, y régimen analéptico.

Tercera prescripcion.

En caso de vómitos frecuentes.

1.° Para tisana, infusion de genciana dulcificada con jarabe de cáscaras de naranja.
2.° Agua de Seltz.

3.° Opiados, tónicos, ferruginosos y aguas minerales, *ut supra.*

4.° Régimen y preceptos higiénicos, *ut supra.*

En los casos de histerismo, clorosis, hipocondría, etc., se usarán los medicamentos particulares, de que ya hemos hecho mencion

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes, y régimen severo (proscritos). Vomitivos, purgantes, antiespasmódicos, sedantes, narcóticos, escitantes, tónicos, ferruginosos y amargos; álcalis, aguas minerales, aceite de bacalao, nitrato de plata, fósforo, afusiones frias, hidropatía, nuez vómica, electricidad, régimen analéptico, y medios higiénicos.

ARTICULO XIII.

INDIGESTION.

Muy lejos nos hallamos de estar acordes respecto de lo que se entiende por la palabra *indigestion*, y fácilmente se concibe esta divergencia de opiniones, si atendemos á lo muy frecuentes que son las enfermedades que traen consigo el desarreglo en las funciones gástricas. En Francia se designa comunmente con esta palabra la suspension accidentaly pasajera del trabajo digestivo que acontece en el estado de salud ó de enfermedad. Pero bajo los nombres de *apepsia*, *dispepsia* y *bradipepsia*, describen no pocos autores los diferentes desarreglos funcionales del estómago, que algunos han querido referir á la indigestion; y así es, por ejemplo, que en la *Cyclopædia of practical Medicine*, comprende Todd, bajo esta última denominacion, varios estados morbosos del estómago, que ya hemos dado á conocer con los títulos de *embarazo gástrico*, *gastritis*, etc. Necesario es confesarlo, este modo de considerar la cuestion carece de fundamento; porque si es cierto que en todas estas afecciones no puede muchas veces efectuarse la digestion, tambien lo es que esto no constituye la esencia de ellas; tienen otros síntomas que la caracterizan.

Hay algunos autores que hasta han llegado á atribuir la indigestion á enfermedades de otros órganos, y en particular á los pulmones y al cerebro. Pero esta escesiva generalizacion solo puede traer inconvenientes á la práctica, y así se que bajo el nombre de *indigestion* no describo mas que esos fenómenos accidentales, que por disiparse tan rápidamente como vienen, pueden ser considerados como una enfermedad

especial. Pongamos dos ejemplos para esplicar mi concepto: Si en un sugeto que lo pasa bien se suspenden mas ó menos completamente despues de las comidas las funciones del estómago, habiendo ó no causa conocida, tendremos una indigestion; y tambien la habrá en un sugeto afectado de otra enfermedad, si por tomar alimentos intempestivamente, en cantidad escesiva ó en condiciones particulares, se detiene el trabajo digestivo, que precedentemente parecia probable podia efectuarse. Limitada así la cuestion, creo que se ofrece una solucion mas fácil y mas práctica á la par.

La indigestion se ha dividido en *gástrica* é *intestinal*, en *completa* é *incompleta*, y en *simple y complicada*. Si es del todo juiciosa la primera parte de esta division, me parece cosa muy difícil de asegurar ahora que no poseemos observaciones perfectas de indigestion. Y no porque sea poco frecuente esta enfermedad; pero es una de aquellas que las mas veces son simples, que por lo general exigen un tratamiento muy fácil, y que no fijan mucho la atencion de los médicos. Cierto es, ateniéndonos á lo que podemos ver todos los dias, que hay casos en que durante la digestion vienen, sin vómitos ni desarreglos muy manifiestos del estómago, síntomas procedentes del tubo digestivo, como cólicos, deyecciones alvinas abundantes, espulsion por el ano de materias mal digeridas, etc.; y de otra parte, es indudable que en el duodeno se efectúan los actos necesarios para la digestion; pero si se examinan muy atentamente los hechos, sacaremos en claro que en una inmensa mayoría de casos es el estómago mismo donde no se opera bien la digestion, y que entrando despues en los intestinos, mal digeridas, acres y ácidas las materias, producen fenómenos mucho mas ostensibles que los que pudieron determinar en el estómago, fenómenos que llaman esclusivamente la atencion. En vista de esto, creo que puedo incluir la indigestion entre las enfermedades del estómago, con tal de decir algunas palabras, en particular relativamente á aquellos casos en que son mas notables que los del ventrículo los trastornos intestinales.

En cuanto á la indigestion completa é incompleta, es division fundada tan solamente en el grado de la enfermedad, que me parece mucho mas importante. Pero téngase entendido que no incluimos esas indigestiones incompletas, habituales, debidas á un desórden nervioso del estómago, y descritas mas arriba bajo el nombre de *digestiones laboriosas*: estas constituyen un estado patológico, que ya hemos dicho se aproxima mas á la gastralgia. Respecto á las indigestiones

incompletas accidentales, solamente difieren de las precedentes en que á un tiempo dado vuelven á sus funciones el estómago y los intestinos, sin que haya habido ni vómitos ni evacuaciones alvinas.

Creo, en fin, que no es admisible la distincion de la indigestion en simple y complicada, porque á mi modo de ver no serán sino indigestiones simples, puesto que el estado morboso en que se encuentran los sugetos no quita al accidente, tal como yo le considero, nada de su carácter puramente nervioso. Que en un sugeto afectado de una enfermedad crónica venga por cualquier causa una indigestion completa, y veremos si difiere ni en síntomas, ni en curso, ni en nada á la que sufren los sugetos que se hallan sanos: solamente las consecuencias podrán ser diferentes.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Para nosotros, pues, es la indigestion una suspension de las funciones digestivas en un sugeto que poco antes digeria bien; y aunque hay verdaderas indigestiones en otras muchas circunstancias, creo, sin embargo, que la práctica necesita la distincion que dejo establecida.

Ya he dicho que se le habia llamado *dispepsia* á la enfermedad que nos ocupa, y además se le incluye en lo que se denomina *læsa alimentorum coctio*, y *vómito*, á causa de su síntoma principal, etc.

Inútil será decir que es *muy frecuente* esta afeccion, no ignorando nadie que diariamente se padece en varias circunstancias.

§. II.—Causas.

Numerosísimas y muy variadas son las de la indigestion: la mas leve basta algunas veces para suspender completamente la digestion, y aun á veces no se sabe á qué atribuir dicha interrupcion. Por lo tanto, y porque seria cosa interminable enumerar todas las causas que se han admitido, además de importar mucho menos de lo que parece respecto de la práctica el asignar cierto número de ellas, vamos á indicar rápidamente aquellas cuyo conocimiento es mas necesario.

Entre las *causas predisponentes*, figura primero la *mucha edad*. Pero si bien es sabido que son frecuentes las indisposiciones en los hospicios de ancianos, encontramos tambien, por otra parte, en el número de semejantes causas, la *caida de los dientes* y la dificultad consiguiente para masticar, y esta es circunstancia que por lo menos puede tener tanta

parte en la indigestion, como la falta de actividad en el estómago.

Tambien predisponen á las indigestiones *varios estados nerviosos*, la *debilidad* por cualquier causa, los *escesos venéreos*, los *trabajos intelectuales* demasiado prolongados, las *afecciones muy duraderas* que deterioran la constitucion, y la *convalecencia* de las enfermedades graves que dejan las funciones gástricas en un estado de debilidad muchas veces profunda.

Pero las *causas ocasionales* son las mas numerosas y variadas. Basta para producir una indigestion, una *emocion viva*, la *vista ó la memoria de un objeto desagradable*, un *trabajo insólito*, principalmente despues de comer, los *escesos venéreos*, etc.; en una palabra, algunas de esas causas que hemos comprendido en las predisponentes, y que obrando rápida y pasajeramente se tornan ocasionales. Tambien se han visto indigestiones causadas por cambios bruscos de temperatura, por la permanencia en un sitio muy caliente, etc.

En cuanto á las *materias ingeridas*, apenas hay necesidad de decir que una cantidad escesiva de alimentos ó bebidas es la causa principal de las indigestiones; accidentes cuyos síntomas son muy comunes en la embriaguez completa. Tambien la producen con mas facilidad que algunos otros *ciertos alimentos*, como el tocino, las coles, etc., y *algunas bebidas*, como la cidra reciente, el vino nuevo ó torcido, etc. Á veces basta la ingestion de una *sustancia insólita*, como la de un helado, por ejemplo, principalmente durante el trabajo de la digestion, para suspender completamente esta funcion; y lo mismo sucede con algunos medicamentos, especialmente si son *narcóticos*.

Tan conocida de todos es esta etiología, que me parece no debo detenerme en ella, y únicamente añadiré, que en muchas circunstancias debe mediar una gran predisposicion para que se efectúe la indigestion. ¿Quién no ha observado de esos casos en que despues de comer módicamente y con apetito sustancias de fácil digestion, viene sin causa apreciable una indigestion violenta? Entonces hay una perturbacion nerviosa, cuya causa es evidentemente invisible.

§. III.—Síntomas.

La indigestion, como lo han notado todos los autores, se manifiesta cierto tiempo despues de comer, y por lo comun pasadas muchas horas. En vez de venir repentinamente, principia por un malestar general, una especie de abatimiento, de

languidez, cuya causa no siempre es fácil á los enfermos descubrir, y á continuacion se manifiestan mejor los síntomas. Entonces se siente en el estómago, no un verdadero dolor, sino *pesadez*, la *sensacion de una barra*, una *plenitud* penosa, y á veces calor; fenómenos que son seguidos de un *disgusto* mas ó menos marcado, de aversion á los alimentos sin mas que recordarlos, y en seguida vienen *náuseas, hipo* y *eruptos*, algunas veces ácidos, con mas frecuencia fétidos, y que huelen á huevos podridos.

Si entonces se examina el *epigastrio*, se le encuentra tenso y mas ó menos elevado; pero, á no ser en algunos casos escepcionales, lejos de doler á la presion, es muy frecuente que le compriman los enfermos á fin de aliviarse.

La *percusion* descubre ciertos signos importantes. A veces hay mucho gas, y entonces ocupa tanta estension el sonido timpánico, que se percibe en el epigastrio, en el hipocondrio izquierdo, y á veces hasta en el ombligo. Al mismo tiempo dan en un punto limitado un sonido mazizo las materias por digerir; porque muchas veces basta cualquiera cantidad de alimentos y de bebidas, con tal que haya desprendimiento considerable de gas, para producir todos los síntomas de la indigestion. Hay otros casos, por el contrario, y son los mas frecuentes, en que está acumulada una cantidad escesiva de sólidos y de líquidos. Entonces ocupa el sonido macizo todo el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, y, ó no se descubre el timpánico, ó de percibirlo es en un espacio muy pequeño de la parte mas elevada de la region epigástrica.

Cuando está sumamente distendido el estómago, puede transformarse en un *verdadero dolor*, y aun muy violento, esa incomodidad, esa sensacion de plenitud de que hemos hablado; casos de cuyo género citamos algunos á propósito de la *rotura del estómago*, que es consecuencia de una indigestion.

A la par que se manifiestan estos síntomas, vienen otros de parte de las demas funciones: hay debilidad del *pulso*, á veces concentracion, y mas bien lentitud que aceleracion; suele tornarse difícil la *respiracion*, principalmente cuando está muy distendido el estómago; hay sugetos que sufren *cefalalgia*, *dolores contusivos en los miembros, etc.*; obsérvase tambien algun aumento de calor en la piel, á no ser muy violentas las náuseas, que entonces viene el mismo enfriamiento que cuando obra el emético; y no faltan sugetos, en fin, en quienes se desarrolla una congestion cerebral mas ó menos marcada, que es lo que se llama, aunque infundadamente, *indigestion apoplética*.

Todos estos síntomas pueden terminar, como mas arriba he dicho, sin vómitos y, no obstante ser raro, sin muchas deyecciones alvinas. Cuando los desarreglos del estómago llegan al grado que acabo de decir, es lo comun que sobrevengan si pasan al tubo intestinal alimentos mal digeridos, accidentes mas ó menos graves, como *borborigmos* y *deyecciones alvinas abundantes*, muchas veces con ardor en el ano, fenómeno que anuncia la acritud de las materias espelidas; y todo entra en órden cuando se arrojan por esta via los sólidos y los líquidos mal digeridos. Tal es, como ya viene dicho, la indigestion llamada *intestinal*. (Véase Mérat, *Dict. des Sc. méd.*, artículo *Indigestion*).

Generalmente termina por vómitos la série de síntomas que acabo de esponer; y como los enfermos conocen que es el único medio que puede aliviarles, es muy frecuente que los provoque. Las *materias arrojadas* son ácidas, acres, abrasan la garganta al pasar por ella, y exhalan un olor agrio muy pronunciado, que puede hallarse sin embargo modificado por la naturaleza de los alimentos de que se ha hecho uso. Estos conservan mas ó menos su aspecto, en medio de los líquidos, que á veces se distinguen tambien fácilmente; y así es que el vino tinto no pierde su color ni aspecto, aunque muchas veces ofrezca una estraordinaria acidez. Los vómitos, y máxime los primeros, suelen venir acompañados de un dolor escesivo, que tanto pende de la contraccion repentina del estómago distendido por mucho tiempo, como de la del diafragma. Pero lo mas doloroso es la contraccion del estómago, como se prueba porque en los vómitos siguientes, ó no hay dolor ó es mucho menos fuerte. Raro es que al desembarazarse el estómago por los vómitos, de los alimentos no digeridos, deje pasar parte de ellos á los intestinos, resultando por tanto casi necesariamente las deyecciones alvinas abundantes y acres.

Desde que es espelida la causa material que causára la indigestion, todo entra por lo comun en órden. Se observa, sin embargo algunas veces suceder á este estado violento un dolor epigástrico leve, una irritacion intestinal ligera, y aversion á los alimentos; pero no tardan en disiparse estos síntomas, y al cabo de algunas horas, ó como suele suceder de dos ó tres dias, vuelve el enfermo al estado en que se hallára antes de la indigestion.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Aguda es por esencia la *marcha* de la enfermedad. En efecto, hemos visto no comprende esas digestiones labo-

riosas que por mucho tiempo padecen ciertos sugetos.

La *duracion* no es ordinariamente sino de algunas horas; porque si se prolonga mucho mas tiempo, consiste en que es muy difícil el vómito, ó en que no se ha tratado de provocarle.

En cuanto á la *terminacion*, casi siempre es feliz. Si se citan casos en que ha venido la muerte en medio de una indigestion, semejante terminacion se ha observado principalmente en individuos de constitucion deteriorada por una enfermedad crónica y en convalecientes. ¿Puede causar la muerte el obstáculo que la dilatacion del estómago opone á la respiracion, repeliendo el diafragma y los pulmones? No hay ni un hecho que apoye esta opinion, debida á Piorry. Cuando es muy graduada la indigestion, hay desórdenes generales que consistirán en cualquier cosa menos en un obstáculo mécanico; desórdenes en que ha de fijar su atencion el médico.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Ningun dato importante resulta de la abertura de los cadáveres: las alteraciones que mas pueden llamar la atencion, consisten en la dilatacion del estómago, el acúmulo de muchas materias líquidas y sólidas, algo de inyeccion en su mucosa y en la intestinal, y la distension del sistema circulatorio por la sangre.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

De cuantas enfermedades del estómago llevo espuestas no hay ni una sola á que se pueda comparar con alguna utilidad la indigestion, relativamente al diagnóstico. Entre las que aún nos quedan por estudiar hay, por el contrario, algunas que merecen fijar nuestra atencion con motivo de que fácilmente se las puede confundir con las indigestiones.

Y aunque la primera es el *cólera-morbo esporádico*, creo que debo dejar este diagnóstico para cuando describa la enfermedad. Viene despues la *estrangulacion interna*, afeccion que se diferencia de la que nos ocupa por el dolor violento limitado á un punto del abdómen, por la falta de cámaras, por la naturaleza de los vómitos, que consisten en la espulsion de una corta cantidad de materias, algunas veces fecales, mientras que en la indigestion se arrojan muchos alimentos y bebidas por digerir, y por el signo distintivo importante de no encontrar alivio despues de vomitar, cuando tan manifiesto es entonces en la indigestion.

Háse creido que se puede tomar por una simple indigestion el *cólico hepático*; pero tan diferentes son los fenómenos, que parece que semejante diagnóstico carece de verdadera importancia. Ya volveremos á tocar este punto cuando trate de las enfermedades del hígado.

¿Se podrá tomar por una verdadera *congestion cerebral* ó aun por una *apoplejía*, la indigestion llamada *apoplética*? Por lo menos son muy raros los casos en que há lugar á semejante confusion: cuantas dudas se ofrezcan, quedarán desvanecidas únicamente con atender á las circunstancias en que viene el accidente, es decir, á la preexistencia de una comida copiosa ó á la ingestion de alimentos indigestos, etc., y al estado en que por la percusion se encuentra el epigastrio.

Queda, en fin, el *envenenamiento*, que es un punto de los mas difíciles del diagnóstico de la indigestion. Si no podemos adquirir las convenientes noticias, es frecuente que á primera vista se tome el envenenamiento por una simple indigestion; pero bien pronto se conoce por lo que viene en pos, que hay algo mas de lo que nos presumíamos. Los vómitos, ó no alivian nada ó poquísimo, persisten y algunas veces llegan á ser tan frecuentes, que sin tardanza se arroja la menor cantidad de líquido ingerido. No es esto lo que se observa en la indigestion: en cuanto vienen algunos vómitos se manifiesta un alivio notable, y agradan y se retienen fácilmente los líquidos. Pero tan solo puedo formular ahora un diagnóstico general, á causa de que no es permitido entrar en pormenores si no se examina cada envenenamiento en particular, que es de lo que me ocuparé en el artículo consagrado á los diferentes envenenamientos.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la indigestion y de la estrangulacion interna.*

INDIGESTION.	ESTRANGULACION INTERNA.
Dolor ó simple pesadez *en el epigastrio.*	Dolor vivo, bien espontánco, bien á la presion, *limitado á otro punto* del abdómen.
Vómitos *abundantes de materias mal digeridas* ó cámaras *liquidas copiosas.*	Vómitos *mucosos*, *biliosos ó de materias fecales*, frecuentes y poco abundantes, y *falta de cámaras.*
Alivio muy manifiesto despues de uno ó mas vómitos.	Los vómitos no traen *ningun alivio.*

2.° *Signos distintivos de la congestion cerebral, y de la indigestion apoplética* (apoplejía gástrica).

INDIGESTION APOPLETICA.	CONGESTION CEREBRAL.
Por lo comun *sobreviene* despues de una comida abundante.	*Acontece* en otras circunstancias.
Tension, elevacion y sonido macizo en el *epigastrio*.	*Epigastrio* en estado normal.

3.° *Signos distintivos de la indigestion y de ciertos envenenamientos considerados en general.*

INDIGESTION.	ENVENENAMIENTOS.
Mucho alivio despues de vomitar.	*Poco ó ningun alivio* despues de vomitar.
Efectuados ya los vómitos, permanecen fácilmente los *liquidos* en el estómago.	Muchas veces hay tal irritacion gástrica que se arroja hasta la menor cantidad de *liquidos*.

Estos diagnósticos, repito, quedarán completos al tratar de las diversas enfermedades que se puede confnndir con las simples indigestiones.

Pronóstico. En la inmensa mayoría de casos termina pronta y favorablemente la indigestion, y sin embargo, como hemos visto en el artículo *Rotura del estómago*, puede traer en pos un accidente terrible. Por tanto, si llega á ser estremado y se prolonga mucho el estado de ansiedad, corre peligro la vida del enfermo, y con mas motivo si la indigestion fuese apoplética. Añadamos, en fin, la importante consideracion de que en la gravedad de la indigestion tiene mucha parte el estado del enfermo en el momento en que sobreviene. Sabido es el peligro que le acompaña en las enfermedades graves, peligro exagerado sí, pero no por eso menos real, así como tambien en el curso de las enfermedades crónicas que han alterado profundamente la constitucion.

§. VII.—Tratamiento.

Muy sencillo y sucinto es el de la indigestion. Si no hay embarazo en la region epigástrica, con eruptos ácidos ó inodoros, basta para disipar prontamente los síntomas, provocar el vómito *introduciéndose los dedos en la faringe* ó por la *titilacion de la campanilla* con las barbas de una pluma;

maniobras que se favorecen bastante dando uno ó mas *vasos de agua tibia*. Si son mas graves los síntomas, exagerado el malestar, escesiva la ansiedad é impotentes los esfuerzos para vomitar, se llena prontamente la indicacion administrando *tártaro estibiado* á la dósis de 1 á 2 granos, ó la *ipecacuana* á la de 20 á 40.

Si á pesar de estos medios persisten los accidentes y hay mucho dolor, tension en el epigastrio y suma ansiedad, hay que tener presente que amenaza la rotura del estómago, y no debemos dudar en emplear la *bomba estomática*, ó una *jeringa provista de una cánula elástica ancha* (véase el artículo *Rotura del estómago*, pág. 318).

Cuando vienen cólicos y deyecciones alvinas, hay que calmarlas con *lavativas laudanizadas*, con *cataplasmas de la misma especie* al abdómen, con simples lavativas de agua de *malvabisco* ó de *cabezas de adormideras*, etc. Pero estos medios no son útiles sino en el caso de ser violentos y persistentes los síntomas intestinales.

Aunque la *sangría* está desterrada justamente del tratamiento de las indigestiones consideradas en general, hay, sin embargo, casos en que es útil, como sucede en aquellos que toman la forma llamada *apoplejía gástrica*. Mas entonces se trata de accidentes particulares, peligrosos en sí, cuyo tratamiento será espuesto minuciosamente al describir las afecciones cerebrales. Por último, Gautier de Claubry (*Observaciones acerca de la utilidad de la sangría en ciertos casos de indigestion*; Rec. de la Soc. de Méd., tomo XIII) y Chauffart (*Ejemplos de indigestiones curadas con evacuaciones sanguíneas*, *id.* tomo LXXXVI) citan hechos en que evidentemente han probado bien las emisiones sanguíneas.

Si en vez de presentar accidentes tan ostensibles, no se manifestase la indigestion sino por desórdenes ligeros, bastan para restablecer la reintegridad de las funciones gástricas, las infusiones de *té*, de *manzanilla* ó de *hojas de naranjo*.

APENDICE.

POLIDIPSIA.

Al describir las diversas enfermedades del estómago, he hablado muchas veces del esceso de apetito de ese estado en que tan hambrientos estan los enfermos que hasta muchos devoran ávidamente sustancias no alimenticias: esto es lo que se llama *polifagia*. Semejante estado, que es muy im-

portante distinguir de la *pica* y de la *malacia*, y que se diferencia de la simple bulimia en que esta no es un estado morboso permanente, sino tan solo un síntoma pasajero de una afeccion nerviosa del estómago; semejante estado, digo, no se puede considerar, propiamente hablando, como una verdadera enfermedad. Y á la verdad, constituirá, sí, una afeccion, pero es cuando hay *dilatacion considerable del estómago* ó lesion de este órgano por sustancias y *cuerpos estraños* que en él se hayan introducido. Ya hemos hablado de la dilatacion del estómago y, aunque someramente, de los cuerpos estraños, considerándoles como causa de varias afecciones, que es todo cuanto se necesita saber relativamente á la polifagia.

Pero hay otra afeccion, cuyo estudio es mas importante: apenas consiste, es cierto. mas que en un síntoma; pero este síntoma constituye sin embargo una enfermedad que no es permitido referir á ninguno de los estados morbosos descritos: hablo de la *polidipsia*. Esta afeccion, que ha dado materia para infinitas disertaciones y artículos particulares, acaba de fijar la atencion del doctor Lacombe (periódico *l' Experience*, mayo 1841 y números siguientes), que ha reunido casi todas las observaciones interesantes que posee la ciencia. Este trabajo nos servirá principalmente para trazar la descripcion de la enfermedad, respecto de la que no me estenderé mucho, porque, como mas adelante veremos, son muy débiles para ella los recursos terapéuticos, y porque, salvo el inconveniente de la sed inestinguible, no origina síntomas realmente graves.

Al ponerla á continuacion de las afecciones del estómago, no he pretendido decir que nunca procede mas que de este órgano; muy bien sé que constituye un estado nervioso particular, que acaso consista en cualquier otra cosa que no sea una lesion funcional gástrica. Pero como aún nos hallamos en la mayor incertidumbre acerca de este punto, he creido que no habrá inconveniente en describir aquí esta afeccion.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La polidipsia, enfermedad caracterizada por una sed escesiva, por la ingestion de líquidos muchas veces en cantidades enormes, por la emision proporcionada de orinas acuosas y por su persistencia sin alterar notablemente la salud; la polidipsia, dice Lacombe, es, respecto de las bebidas, lo que la bulimia ó la polifagia respecto á los alimentos.

Cuando leemos atentamente los autores, echamos de ver que muy á menudo han confundido la polidipsia con la diabetes; pero muchos tambien la han reconocido perfectamente y la denominan *Diabetes insípida, sed inestinguible*, *hidromania, diuresis*, *hidruria*, *poliuria*, *etc.*

Es cierto que esta afeccion *no es frecuente*. Lacombe, que ha hecho muchísimas investigaciones acerca del particular, no ha podido reunir sino veinte y siete observaciones confirmadas.

§. II.—Causas.

Nada sabemos de positivo acerca de las causas de la polidipsia. En concepto de Lacombe (*loc. cit.* pág. 308), parece que predisponen á esta afeccion los *temperamentos linfático* y *nervioso*, y la *constitucion escrofulosa*; pero es de sentir que este autor no apoye su opinion en hechos precisos.

Entre las demas *causas predisponentes* comprende tambien la *trasmision hereditaria*. Verdad es que le respondieron negativamente cinco enfermos á quienes sobre esto preguntó, mas hubo uno (obs. 4.ª) que le contó (y su narracion fué confirmada por dos parientes suyos) que su madre padeció polidipsia, que ella tuvo tres hijos afectados de la misma enfermedad, y que un tio materno sentia una sed inestinguible, y dejó al morir, en una edad avanzada, cuatro hijos, de los cuales habia dos que heredaron el mismo padecimiento. Muy notable á la verdad es este hecho, y sentimos que no haya ningun otro semejante.

¿Será la enfermedad mas frecuente en un *sexo* que en otro? De veinte casos citados por Lacombe, diez y seis pertenecen al sexo masculino y once al femenino; diferencia que por cierto es cortísima para autorizar una conclusion rigorosa. Y otro tanto podemos decir de la influencia de la *edad*, del *clima* y del *modo de vivir*: todas estas cuestiones se hallan tan mal analizadas como la de la escasez de *alimentos* ó de su mala calidad.

Mucho mas problemáticas son todavía las *causas ocasionales*, entre las que se citan el *abuso de los placeres venéreos* (J. Franck) las causas *debilitantes*, los *estravíos de régimen*, los *alimentos cálidos*, la *insolacion*, las *vigilias prolongadas*, las *evacuciones alvinas, copiosas*, y el *mucho gritar* (*Dict. des Sc. méd., art. Sed.*) Sidenham (*Medicina práctica*, págs. 307 y 621) y Cullen (*Elementos de medicina*, tomo II, cap. VIII, pág. 444) se figuraron haber visto casos de esta afeccion, consecutivos á *fiebres intermitentes*, en el *hiterismo* despues

de *sangrías copiosas*, de *purgantes repetidos*, en el *reumatismo*, etc. Pero es evidente que en los mas de ellos se confundió con la verdadera polidipsia, una exageracion pasajera de la sed. Acaso tendremos algun dia investigaciones mas rigorosas que echen cimientos sólidos á etiología tan incierta.

§. III.—Síntomas.

El que mas impresion nos hace y absorbe casi del todo la atencion de los enfermos, es una *sed* devoradora, inestinguible, que se necesita aliviar á cada instante, tal, en fin, que algunos enfermos han bebido ávidamente sus orinas á falta de otro líquido. Ni aun el sueño la apacigua: frecuentemente se despiertan los enfermos (algunas veces cada dos horas) para obedecer á esta necesidad imperiosa. Los autores están acordes en que varía poco en razon de las estaciones; que no aumenta ni disminuye durante los frios mas rigorosos, ni en los calores escesivos. Algunos enfermos toman los líquidos en cantidad sorprendente; y tanto que un niño de cinco años se bebia doce botellas de agua en veinte y cuatro horas: un sugeto cita el doctor Boissat, que ha recogido con mucho esmero esta observacion en la práctica de Dupuytren (*Journ. gén. de méd.*, tomo LXXX, pág. 164, París 1822) que necesitaba nada menos que una cuba de agua por la noche para mitigarla, y se bebia una azumbre de un trago, y enfermos se han visto colgarse al caño de una fuente, etc.

Las *bebidas ácidas*, algo agrias, y la tisana vinosa, son las que prefieren los enfermos; porque ninguna como ellas calma mejor la sed.

Por lo comun es bastante satisfactoria la *salud general*, salvo alguna pérdida de carnes, á pesar de haber desarreglo tan notable. La observacion nos dice que se efectúan bien las digestiones, y que muchas mas veces hay aumento de *apetito* mas bien que disminucion, pero sin ser exagerado como la sed. Los mas de los enfermos eligen los alimentos vegetales, y tambien los hay que no tienen preferencia por ninguno.

En la lengua y en la faringe se siente *sequedad*, sin haber tumefaccion, ni rubicundez, ni dolor local; la *boca* está *pastosa*, espesa y *escasa* la *saliva*; hay al mismo tiempo hácia el estómago una incomodidad que se parece á la que produce el hambre escesiva, y Lacombe ha notado una sensacion de frio en el mismo órgano inmediatamente despues de beber.

Las emisiones frecuentes de orina constituyen un fenómeno cuya existencia es importante averiguar, y que es consecuencia natural del uso del líquido. Los enfermos pueden orinar aun mas que en la diabetes; pero en el caso que nos ocupa, el líquido escretado está en proporcion de cantidad con el ingerido y tiene una composicion particular. Clara, muy trasparente, con poco ó ningun color, muchas veces parecida al agua, la orina varía por lo demas segun la hora en que se ha espelido y segun la cantidad de líquido que toman los enfermos, y no forma depósitos, es algo ácida ó neutra, y no se precipita por el calor, por el acido nítrico, ni por el amoniaco. Su gravedad varía por lo general en razon de su cantidad: Rayer (*Tr. des Mal. des Reins*, tomo I, pág. 75) calcula por término medio la específica, en tres casos de polidipsia, en 1001—1007—1009.

Aun menos desarregladas que las digestivas están las funciones de los aparatos *respiratorio* y *circulatorio*, y por lo comun no salen de su estado fisiológico. De parte del pulso no hay nada de particular; muy á menudo está seca la piel y algunas veces rugosa; y los enfermos, en fin, sienten frio, bien cuando tienen sed, bien así que beben, en cuyo caso se nota principalmente en la region epigástrica.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Segun Lacombe, la polidipsia va aumentando en los niños hasta que pasa la pubertad, quedando despues comunmente estacionaria; pero cuando los individuos tienen mas edad, es tan rápido su incremento, que en algunos dias adquiere toda su intensidad. Tambien se ha presentado la enfermedad con la forma intermitente, y no obstante que es raro suceda así, citan, cada cual, un caso, Gregorio Maxwell (*Facts. and Méd. obs.*, tomo II, pág. 78), Thomas Bartholin (*Coll. acad. etrang.*, tomo VII) y Klein. Las mas veces permanece estacionaria la polidipsia; y hay que tener presente el hecho muy curioso y dificil de preveer: que en muchos casos en vez de aumentar la sed, como era de esperar por venir una enfermedad aguda, disminuye notablemente, para volver á tomar toda su intensidad en cuanto termina la dolencia intercurrente.

La polidipsia puede persistir por muchos años y aun toda la vida, es indeterminada su *duracion*, y frecuentemente tiene recidivas tras una curacion efímera. Pero téngase entendido que nunca parece haber ocasionado la muerte, y tan

solo deja á los enfermos en un estado permanente de debilidad, y, como principie en la infancia ó durante la pubertad, puede, como Grisolle (*Tr. de Pathol. int.*, tomo I., pág. 769) dice haber visto un ejemplo, retardar el desarrollo regular del cuerpo.

§. V.—Diagnóstico y pronóstico.

La *diabetes sacarina* es la única enfermedad con que seria perjudicial confundir la polidipsia; y así es que vamos á buscar entre estas dos afecciones los síntomas característicos que las diferencian.

En muchos casos principia la polidipsia desde la infancia, en contraposicion de la diabetes que comparativamente es mas rara en esta edad, pues por lo comun no se declara sino desde los veinte y cinco á los treinta y cinco años. La accion de los órganos genitales, en la primera, permanece íntegra y por lo general no se pierden carnes; á la par que en la diabetes viene debilidad, y bien pronto pérdida de las fuerzas generatrices, enflaquecimiento que aumenta gradualmente, y una debilidad muchísimo mas considerable que en la polidipsia.

Los diabéticos acusan desde que principia su enfermedad, hambres violentas que aumentan y persisten durante muchos años, y tienen una predileccion conocida por el régimen animal, que es todo lo contrario de lo que en la polidipsia observamos.

Aun la sed, tan viva en ambas enfermedades, será acaso mas insaciable en la polidipsia. Y respecto á la cantidad de orina, es lo general que en esta enfermedad guarde relacion con la de los líquidos ingeridos, mientras que es mayor en la diabetes.

Las cualidades físicas y químicas, en fin, de la orina, nos dan muy buenos caractéres para diferenciar ambas afecciones; pero ya hablaremos de esto detenidamente en el artículo consagrado á la diabetes.

Aunque, como ya he dicho, no posee la ciencia ni un ejemplo de que la polidipsia sea mortal, y constituya mas bien una molestia que una enfermedad, no por esto deja de ser menos perniciosa, como advierte Lacombe en muchos pasajes de su historia, con motivo del estado enfermizo que mantiene, de su persistencia y de la impotencia del tratamiento.

§. VI.—Tratamiento.

De los diferentes hechos reunidos por Lacombe, se viene

en conocimiento de que es muy incierto el tratamiento de la polidipsia: si alguna vez se ha llegado á mitigar momentáneamente la sed, nunca se ha estinguido del todo y para siempre. En casi todos los casos ha durado muy poco la disminucion, y por tanto es inútil entrar en numerosos detalles, cuando fácilmente se comprende que basta con indicar los medios mas usados y dejar al médico en libertad de aplicarles á cada caso en particular.

Entre las sustancias que con mas frecuencia se han empleado figuran el *opio*, la *valeriana* y los *antiespasmódicos*. En muchas observaciones recogidas en la práctica de Rayer se dice que no fueron constantes los efectos del opio y de la valeriana, y solamente se habla de un sugeto cuya sed disminuyó notablemente, aunque tan solo por cierto tiempo, á beneficio de estas sustancias y sobre todo de la última. Las dósis á que se las ha prescrito no han sido muy altas: en el sugeto de que se trata se dió el estracto de opio á la de 2 granos y la valeriana pulverizada á la de 15.

Entre los antiespasmódicos se han puesto en uso, principalmente por Muhrbeck (*Hufel. Journ.* mayo 1820) el *alcanfor*, el *castóreo* y la *asafétida*.

Guillot y Michon han recurrido, y no en vano, á los *ferruginosos* y á los *tónicos*; uniendo el primero á las preparaciones ferruginosas la *quina*, el *vino de Bagnols* y el *tanino*, y asociándoles el segundo la valeriana y el *hielo* interior y esteriormente. Hé aquí segun Lacombe, cómo trata la polidipsia el doctor Graves. Da los *polvos de Dower* á la dósis de 30, 60 y aun 150 granos por dia, y dispone una infusion de *cuasia*, bebidas ácidas, un *régimen animal* y *baños calientes*. Este médico cree que es nocivo el opio; opinion que, ateniéndose á los hechos conocidos, no es absolutamente verdadera.

Concluyo diciendo, que tambien han sido prescritos el *cobre amoniacal*, las *fricciones mercuriales*, la *tintura de cantáridas*, los *purgantes drásticos* (Marchal, *Quelques consid. sur la soif*; Thesis, París 1815) y aun las *emisiones sanguíneas*; medios respecto de los cuales, vuelvo á decir, que no insisto, porque son muy controvertibles sus virtudes, y nada nos ha enseñado aún la esperiencia acerca de este particular.

Esto es cuanto tenemos que decir de las enfermedades del estómago. Si se reflexiona en la frecuencia é importancia de estas enfermedades, y en que á cada momento es llamado el médico para diagnosticarlas ó combatir sus síntomas,

habrá que confesar que no me he estendido demasiado. Ellas constituyen una de las partes mas interesantes de la patologia, y principalmente en el estado actual de la ciencia no se deben tratar á la ligera; mucho mas cuando há pocos años no se hablaba mas que de las afecciones inflamatorias del estómago, y al ver lo muy confusas que están sus descripciones y la multitud de ideas erróneas que difundieron los trabajos publicados en esta época. Discutir las opiniones, dar su justo valor á las ideas teóricas, y esponer precisamente los resultados de la observacion, tal es la tarea que he debido imponerme. Si los artículos contenidos en el capítulo precedente simplifican, como me figuro, el estudio de las afecciones gástricas y establecen diferencias entre enfermedades que tan á menudo se han confundido, me parece que ya tienen mis lectores una de las partes mas útiles de esta obra.

Entremos ahora en las enfermedades que ocupan simultáneamente estómago é intestinos.

CAPÍTULO V.

ENFERMEDADES QUE OCUPAN Á LA VEZ ESTÓMAGO É INTESTINOS.

Aun se conserva el error comun de que el estómago y los intestinos padecen *simultáneamente* enfermedades primitivas, error propagado por la *escuela fisiológica*, con motivo de insistir en la mucha frecuencia y gravedad de la gastro-enteritis; pero á la observacion tocaba rectificar este juicio, y ya nos son bien conocidos los hechos para poder rebatir semejante opinion. Se observan al principio de muchas enfermedades agudas simples, desórdenes funcionales que se toman por lesiones orgánicas: establécese una teoría que por su aspecto seductor subyuga al raciocinio, y no se atiende si está fundada en perjuicios. Asi es como uno ha creido y ha hecho creer á los demas que son gastro-enteritis, la fiebre tifoidea, algunas intermitentes y las mas de las enfermedades agudas con un movimiento febril intenso. Pero bien pronto ha desvanecido estas ilusiones la abertura de los cadáveres, demostrando la integridad del estómago y aun muchas veces la de los intestinos; el estudio atento de los síntomas, enseñándonos que son secundarias las lesiones inflamatorias que en algunos casos se observan, y el exámen de los demas órganos, son darnos á conocer el verdadero orí-

gen de las enfermedades. En el estado actual de nuestros conocimientos no deben admitirse mas enfermedades que ocupen á la vez estómago é intestinos, que alguna que otra *gastro-enteritis*, la *gastro-enteralgia*, y el *cólera-morbo esporádico* y el *endémico*; afecciones que nos ocuparán en este capítulo.

ARTICULO I.

GASTRO-ENTERITIS.

La gastro-enteritis, como he dicho poco antes, desempeñaba un papel muy importante hace algunos años, al paso que hoy en dia hay médicos que hasta niegan su existencia; opinion que en cierto modo queda justificada por lo muy rara que aquella es en estado de simplicidad. Sin embargo, al reunir las observaciones de gastro-enteritis destinadas á servir de base á uno de los artículos precedentes, encontré dos casos en que habiendo venido síntomas gástricos al mismo tiempo que intestinales, no dejan duda acerca de la existencia de la afeccion. Tambien podemos ver en los autores algunos ejemplos parecidos. No es menos cierto que son defectuosas las descripciones que de ella nos han dado; porque se refieren á enfermedades que no están limitadas al estómago y á los intestinos, ó que no atacan á estos órganos sino secundariamente.

Gastro-enteritis aguda. En la actualidad ya no se considera la fiebre tifoidea como una gastro-enteritis: hasta el mismo Roche (*Nouv. Elém. de Path. méd. chir.*, tomo I, pág. 489, edicion 4.ª, 1844) muda de opinion, como era de esperar de un médico tan juicioso, al encontrarse en estos últimos años con las numerosas pruebas suministradas por observaciones detenidas (1). Pero en la época que escribia Broussais, bien se puede decir que esta doctrina dominaba la patologia y la terapéutica; y como acaso hay algunos médicos que no estén del todo desengañados, es bueno manifestar que ya se encuentra abandonada hasta de sus primitivos propagadores. Aun estamos, sin embargo, lejos de quedar acordes acerca de los límites que hay que designar á la gastro-enteritis. Roche ha estendido recientemente el dominio de esta afeccion,

(1) Véase Louis: *Rech. sur la Maladie connue sous les noms de Gastro-Entérite*, etc., etc.

y así es que vamos á ver qué entiende por la palabra *gastro-enteritis*.

En su concepto hay que distinguir tres formas principales: 1.° *gastro-enteritis simple*; 2.° *gastro-enteritis gelatiniforme*; 3.° *gastro-enteritis seudo-membranosa*; formas que cada cual se subdivide en aguda y crónica.

Me parece que al presente debemos desechar la segunda; pues aunque algunas veces se haya hablado de la coincidencia del reblandecimiento intestinal con el del estómago, es cierto que las descripciones se refieren solo á este último, que es el único con que contaba la ciencia, si se esceptúan las restricciones que he puesto en su descripcion (véase *Reblandecimiento gelatiniforme del estómago*, tom. V, pág. 290). Sucede ademas, que ciertos autores, citados por Roche, no reconocen el reblandecimiento intestinal; pues que en concepto suyo la lesion depende solamente de la accion del jugo gástrico en el estómago, y por tanto no habia ningun interés real en admitir y describir semejante forma de gastro-enteritis.

En cuanto á la seudo-membranosa, el mismo Roche es de opinion que tan solo se halla caracterizada por la espulsion de falsas membranas por cámaras, y que apenas son perceptibles los síntomas gástricos. Así es que no sé por qué darle á esta enfermedad el nombre de *gastro-enteritis*, y será mejor hablar de ella al tratar de las enfermedades de los intestinos.

En vista de esto, no hay en nuestro concepto mas gastro-enteritis que la inflamacion simple y simultánea del estómago y de los intestinos; pero ya volvemos á tocar las opiniones de la escuela fisiológica, y es necesario decir dos palabras, tomando para ello la obra de Roche, que es la mas reciente. Segun este autor, hay seis formas ó especies de gastro-enteritis simple aguda: la primera, no es mas que la enfermedad conocida con los nombres de *fiebre inflamatoria*, *sinoca* y *efímera*; la segunda, se refiere á la *fiebre* denominada *gástrica*, *mesentérica*, *biliosa*, etc; la tercera, corresponde á la *fiebre lenta nerviosa*, *mucosa* ó *adenomeningea*; la cuarta, no es mas que el *cólera esporádico*; en la quinta, incluye Roche una enfermedad que en otro tiempo se designaba con los nombres de *embarazo intestinal simple*, é intestinal bilioso; en la sesta, en fin, encontramos la enfermedad llamada *fiebre maligna*, *nerviosa*, *cerebral* y *atáxica*.

Solamente con echar una ojeada sobre esta nomenclatura,

es fácil de ver que tratando de separar la fiebre tifoidea, Roche y los partidarios de su opinion se han visto detenidos por su antigua doctrina y sin poder menos de comprender en la descripcion de la gastro-enteritis varias formas de aquella fiebre. Cuestion es esta que por su importancia exige nos detengamos un momento en ella.

Hay indudablemente cierto número de fiebres cuya naturaleza es difícil de apreciar: tal es, en particular, la fiebre efemera que tan frecuentemente se ha observado en los hospitales, que á veces se anuncia con síntomas imponentes, y que tanto cuesta localizarla en el estómago como en los intestinos ó en cualquier otra parte. Verdad es que esta *fiebre efemera*, *cansancio*, etc., merece la atencion del médico y su correspondiente descripcion; pero no hay ninguna razon para considerarla como gastro-enteritis: los leves desórdenes digestivos que en tales casos vienen, no son ni mas ni menos que un efecto de la fiebre y de ningun modo el orígen de los demas síntomas. En cuanto á la forma segunda, *fiebre biliosa meningo ó gástrica*, es evidente en la actualidad que con este nombre se han descrito lo mismo simples embarazos gástricos que verdaderas fiebres tifoideas leves. En semejante caso tanto prueban el principio de una inflamacion del estómago, la inapetencia y algunos vómitos, como una neumonia incipiente, por ejemplo, otros desórdenes digestivos mas graves.

Respecto á la forma tercera, «muchos médicos contemporáneos, dice Roche (*loc. cit.* pág. 494) cometen el error de considerarla como una fiebre tifoidea leve.» Es del todo imposible aceptar esta opinion, establecida sin ninguna especie de fundamento, cuando tenemos observaciones exactas, rigorosas, que prueban hasta la evidencia que en semejante caso es muy real la existencia de una fiebre tifoidea. Pues qué ¿no demuestra la abertura de los cadáveres de aquellos sugetos que han sucumbido á esta pretendida especie de gastro-enteritis, que las lesiones anatómicas son exactamente las mismas de la fiebre tifoidea?

¿Se deberá colocar entre la gastro-enteritis el *cólera-esporádico*, que segun Roche es la forma cuarta? No diré mas sino que no está demostrado; pero como en uno de los artículos siguientes he de describir esta enfermedad, volveré á tocar la cuestion al hablar de las lesiones anatómicas del *cólera-europeo*.

La forma quinta será acaso la única que pueda admitirse, y sin embargo es menester confesar que la descripcion

de Roche, es muy vaga y no se aplica á ningun estado determinado. En cuanto á la sesta, se advierte en ella una fiebre tifoidea tan caracterizada, que sorprende ver conservarla á este autor despues de la manifestacion hecha al principio de su artículo. No se verá nunca que una simple gastro-enteritis dé lugar á los fenómenos de la *fiebre maligna* ó *atáxica*.

Estas esplicaciones, repito, eran necesarias, porque importa establecer una distincion precisa entre los diversos estados morbosos, si queremos obtener resultados terapéuticos satisfactorios.

Por último, yo no admito mas gastro-enteritis que la que ya he dicho produce los fenómenos siguientes: De parte del estómago, *anorexia*, *náuseas*, *vómitos biliosos* mas ó menos repetidos, y dolor *epigástrico*; de parte de los intestinos, algunos *cólicos*, *diarrea*, *dolores de vientre*; y como *síntomas generales*, alguna *aceleracion del pulso*, un poco de *calor* y á veces *cefalalgia*.

Esta descripcion tan corta basta para dar á conocer que en la gastro-enteritis no hay mas que la coexistencia de síntomas, de gastritis y de enteritis. Verdad es que en esto nos separamos mucho de las creencias de años pasados; pero es conformándonos á la observacion.

Por lo demas esta afeccion es tan rara, que se observa menos veces que la gastritis simple, con ser esta, como ya he dicho, muy poco frecuente. Si se ha creido encontrarla en muchas ocasiones, es porque cayendo en un esceso opuesto al de los autores antiguos, que no atendian sino al estado febril comun á tantas enfermedades, tan solo se ha querido tomar en cuenta algunos desórdenes funcionales del estómago y de los intestinos, comunes tambien á afecciones muy diferentes.

En vista de esto, es inútil insistir con estension acerca de semejante enfermedad, y tan solo diré relativamente á las *causas*, que en uno de los casos cuya observacion tengo á la vista hubo *lombrices intestinales*, y respecto al *curso de la enfermedad*, que dura poco y no trae grandes exacerbaciones.

Pudiera creerse que una inflamacion que ocupa tanta porcion de las vias digestivas, debiera ofrecer síntomas mucho mas graves que la que no afecta mas que una estension corta, como sucede en la gastritis, y sin embargo carecemos de hechos que la prueben. Las gastro-enteritis bien caracterizadas, enfermedad de la que tenemos pocas observaciones, no *han sido realmente graves*. En cuanto á las *lesiones ana-*

tómicas, son las mismas de la gastritis y gastro-enteritis.

Si aún prevalecieran las opiniones que en estos últimos años se sostenian, habria necesidad de entrar en detalles bastante largos relativamente al *diagnóstico*; pero disipados hoy dia por la observacion los errores de dicha época, es este un trabajo inútil. Baste decir que los vómitos biliosos de una parte, la diarrea de otra, un movimiento febril leve y la falta de esos fenómenos generales tan diferentes que caracterizan la fiebre tifoidea, son signos que bien pronto fijan el diagnóstico. Con todo, si oscuro fuese por circunstancias particulares, bastan algunos dias de observacion para aclararle; porque persistiendo los síntomas y apareciendo otros fenómenos, se viene sin tardanza en conocimiento de la verdadera fiebre tifoidea.

Poco debe detenernos el *tratamiento* de la gastro-enteritis: no hay mas que componer uno con el de la gastritis y el de la enteritis: así es que formarán su base las *bebidas emolientes*, algunas *sanguijuelas* al epigastrio, el *opio* en corta cantidad, algunas *lavativas laudanizadas*, la *dieta* y la *quietud*. Si se sospechase que hay lombrices, no se debe dudar en administrar algunos *purgantes* y aun *antihelmínticos*. Hé aquí todo cuanto tenemos que decir, no queriendo entrar en pormenores inútiles.

Gastro-enteritis crónica. Diré solamente dos palabras acerca de la *gastro-enteritis crónica*, y sin embargo tengo que repetir lo que dejé sentado al tratar de la gastralgia: esto es, que en casi todos los casos que se ha admitido la existencia de esta afeccion, solamente habia *gastro-enteralgias*; y que cuando coexiste una inflamacion crónica del estómago y de los intestinos, no ofrece la enfermedad nada que le sea propio: todo se reduce á la combinacion de dos afecciones, que basta conocerlas por separado.

ARTICULO II.

GASTRO-ENTERALGIA.

A esta enfermedad se aplica perfectamente lo que acabo de decir de la gastro-enteritis. Y en efecto, constituida esta por la coexistencia de dos afecciones, no hay mas que conocerlas por separado para formular el tratamiento. Sin embargo, muy frecuente es la reunion de dichas dos afecciones: por lo regular los sugetos que padecen una verdadera gastralgia presentan, como ya he notado y volveré á recordar en el

artículo *Enteralgia*, algunos síntomas nerviosos de parte de los intestinos. Esta es la razon porque no insisto mas: cuando el médico conozca la afeccion nerviosa del estómago y de los intestinos, le será fácil formar un todo, de manera que resulte la descripcion de la enteralgia.

ARTICULO III.

CÓLERA-MORBO ESPORADICO.

A pesar de las numerosas descripciones que poseemos del cólera-morbo esporádico, es bastante difícil conocer el sitio que le corresponde en el cuadro nosológico, con motivo de carecer de observaciones tan exactas como se requieren. Y en efecto, á mas de que por lo general están espuestos muy lacónicamente los hechos referidos por los autores, y de faltarles los detalles mas importantes, hay una multitud de hipótesis y de esplicaciones teóricas que tan solo sirven para embrollar mas la cuestion. Mas adelante veremos que del cólera son tambien todas las causas atribuidas á la indigestion, y que la enfermedad trae todos los fenómenos que en esta se advierten. ¿Será, pues, esta especie de cólera una simple indigestion? Apoyarlo y sostenerlo se podria, si contásemos con bastantes hechos. Pero por otra parte, ¿hay en esta afeccion alguna cosa de especial? Siendo indudable que la supersecrecion que viene en el tubo digestivo consiste positivamente en un estado desconocido que no se encuentra en las indigestiones comunes, basta esta consideracion, aun cuando fuese mas fundada la opinion precedente, para trazar una descripcion particular del cólera esporádico.

Esta enfermedad, conocida y descrita desde la mas remota antigüedad, ha servido no pocas veces de asunto en las obras de Hipócrates (*de Victus ratione in acutis, lib. Epid.*, lib. 5.°, §. 4.°, etc.), y todos los autores que le han sucedido, nos han dado de ella descripciones mas ó menos estensas. Pero cuando examinamos detenidamente estas descripciones, tenemos que convenir en que se han espuesto bajo una misma denominacion algunos estados morbosos diferentes; porque bastaba que viniesen vómitos abundantes y deyecciones alvinas frecuentes, para que los mas de los autores de los siglos precedentes admitiesen la existencia del cólera-morbo. De aquí resulta, que bajo este nombre se describieron simples indigestiones, los efectos exagerados de los emeto-catárticos, y aun las consecuencias de un envenenamiento. Pocos son los

trabajos particulares que acerca de esta afeccion se han publicado en nuestros tiempos; y entre ellos los mas dignos de llamar la atencion son los de Ménard (*Gaz. Méd.*, 1832), y los de Chauffard d'Avignon (*Mém. sur le Choléra-Morbus; Journ. de Méd.*, 1829), que son los autores que especialmente se han ocupado de esta dolencia.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Llámase *cólera esporádico* una enfermedad caracterizada por vómitos violentos, abundantes, repetidos, que vienen de pronto ó en pos de un malestar corto, sin otra causa que las que se le atribuyen á la indigestion, y acompañados ó inmediatamente seguidos de deyecciones alvinas copiosas y persistentes. No nombro en esta definicion otros síntomas importantes, de que mas adelante haré mencion, porque los que llevo espuestos son primitivos y característicos.

La palabra *cólera*, segun casi todos los autores, significa *flujo de bilis*, y sin embargo ni con mucho son siempre biliosos los vómitos. Tambien se ha dado á la enfermedad los nombres *cholera nostras*, *passio cholerica* y colerragia (Chaussier); denominaciones que, como vemos, tienen analogía con la mas antigua, que es la que debemos conservar aunque no sea del todo exacta su significacion.

Aunque el cólera esporádico *no es una enfermedad frecuente*, no se pasa año, sin embargo, en que no se observen algunos ejemplos en varios paises. Ya veremos mas adelante cuáles son las regiones en que, segun los autores, se deja ver mas frecuentemente.

§. II.—Causas.

No pudiendo disponer los autores de suficiente número de observaciones, mal han podido conocer con precision las causas del cólera-morbo esporádico. Pero esta reflexion no comprende sino en parte á las causas ocasionales; porque en los mas de los casos hay tal enlace en la aparicion de los síntomas y la causa determinante, que no se puede desconocer.

1.° *Causas predisponentes.*

La *juventud*, la *edad madura* y el *sexo masculino*, están, en concepto de los autores, mas espuestos á esta afeccion que las demas edades y el sexo femenino. Casi todos han admitido la existencia de *condiciones atmosféricas* particulares que favorezcan la produccion del cólera esporádico; y entre

ellas se cuentan particularmente el *fin del estío*, el *principio del otoño* y los *calores muy intensos*, sobre todo en los paises en que la temperatura es muy elevada de dia y desciende por la noche.

Segun Hipócrates, era *frecuente en Grecia*, y, como nos dicen los autores modernos, se ha observado muchas veces *en Italia y en España*.

En algunas circunstancias se ha visto aparecer simultáneamente en muchos individuos, y entonces la afeccion, que propendia á tomar el carácter epidémico, ha sido atribuida á condiciones atmosféricas particulares. (Véase Sydenham, *Op. omnia*). Basten por ahora estas indicaciones, porque carecemos de todos los elementos para una apreciacion mas exacta.

2.° *Causas ocasionales.*

El cólera-morbo esporádico es lo general que venga despues de comer sustancias indigestas, ó cuando *turban la digestion* ciertas sustancias particulares; con cuyo motivo se han atribuido los síntomas á una simple indigestion. Pero dejémonos de causas de este género, puesto que ya he dicho cuanto se necesita, al tratar de esta última enfermedad.

El Dr. Searle (*on Cholera*, 1829), citado por los autores del *Compendium* (tomo 2.°, artículo *Cholér. esporad.*), vió estallar la enfermedad en dos terceras partes de niños de una escuela, á consecuencia de haber abierto en la vecindad un *albañal infecto*, y morir dos de ellos.

Ya he dicho que muchos autores tuvieron por cólera las evacuaciones abundantes, promovidas por los emeto-catárticos. Verdad es que en semejantes casos son idénticos los fenómenos de colapsus; pero hay la diferencia de que estos últimos accidentes no reconocen por causa la que necesariamente tenemos que admitir en el cólera comun, y que producidos tan solo por un agente esterno, ordinariamente se les detiene con mucha mas facilidad.

Es menester, en fin, como acabo de decir, admitir la existencia de una *causa desconocida*, para que un accidente que en cualquiera circunstancia no trae mas fenómenos que una indigestion simple, venga acompañado de la supersecrecion gastro-intestinal característica; supersecrecion que llega á ser orígen de los síntomas mas graves.

§. III.—Síntomas.

¿Habrá que dividir en muchas especies el cólera esporá-

dico, como lo ha hecho en particular el doctor J. Copland (*Dict. of pract. Méd.*; 1835, tomo 1.°), para describir sus síntomas? Aunque en concepto suyo hay que distinguir tres variedades de cólera, ó sea *cólera bilioso*, *flatulento* y *espasmódico*, no encontramos en las observaciones, y ya lo advierten los autores del *Compendium*, ningun motivo para admitir semejante division; y en el artículo del Dr. Copland podemos ver, que tan solamente se ha atendido al predominio de los síntomas comunes á todos los casos, para llegar á establecerla.

Invasion. Muy á menudo aparece de repente el cólera-morbo, sobre todo durante la noche. En otras circunstancias viene precedido por mas ó menos tiempo, de pesadez, malestar, á veces de verdaderos dolores, y en una palabra, de algunos signos de una indigestion violenta.

Síntomas. El primero que aparece en esta afeccion es un dolor mas ó menos violento, que ocupa el epigastrio y en muchas ocasiones gran parte del abdómen, y consiste en *retortijones*, *cólicos* y una *compresion* fuerte que causa la mayor ansiedad. Si entonces se palpa el abdómen, le encontramos mas ó menos *doloroso á la presion* en los puntos dichos.

Ignoro si en los casos de este género se ha practicado la percusion; pero me parece indudable que el acúmulo de materiales que por necesidad ha de efectuarse en este momento, tiene que revelarse por los signos mencionados en el artículo *Indigestion*.

No tardan en venir las *náuseas*, y á veces acompañadas de *eruptos* y regurgitaciones *ácidas*, si bien lo regular es que traigan en pos los *vómitos*. La materia de estos consiste al principio en sólidos y líquidos mal digeridos; compónese despues de un líquido acuoso mezclado con mas ó menos bilis; y son, en fin, amarillos, verdes ó verdosos, amargos, y por consiguiente casi del todo *biliosos*. Sin embargo, no siempre sucede así: se han visto vómitos abundantes compuestos de un líquido acre que quemaba la garganta; líquido que ya era conocido de los autores antiguos, y de Lázaro Riverio en particular (*Praxeos méd.*, lib. 9.°; *Op. med. univ.*, Lugduni, 1663), quien dedujo de ello una objecion contra el nombre de *cólera ó flujo de bilis*.

Al mismo tiempo que los vómitos, ó casi inmediatamente despues, vienen *cólicos* violentos, *evacuaciones abundantes* de materias acres, muchas veces fetidísimas, que en algunos sugetos corroen profundamente el ano, y son tan estraordi-

nariamente copiosas, que se han visto sugetos que en pocos instantes llenaron tantos vasos, que apenas habia tiempo para vaciarlos; y se manifiestan precedidas ó acompañadas de *ruido* de tripas y *borborigmos*. El producto de estas evacuaciones se compone primero de materias fecales líquidas, de un líquido que suele estar mezclado con alimentos mal digeridos despues, y por último, es verdoso, negruzco, herbáceo, y decididamente *bilioso*.

Entonces, que tan abundantes son las evacuaciones, es cuando se encuentra *dura* y retraida *la pared abdominal*, y en muchos casos sube de punto escesivamente el dolor del vientre.

A estos síntomas puede unirse el *hipo*, que suele ser tenaz.

Se ha dicho que en el cólera es muy comun hallarse encendida y seca la *lengua*; pero respecto de este punto no se ha observado con la exactitud debida. Lo que sí sabemos de cierto es que, ó á consecuencia de la irritacion causada por el tránsito de las materias acres, ó bien por la abundancia de las escreciones, se quejan muchos enfermos de una sensacion de ardor vivísimo en la garganta, al mismo tiempo que de *sed* mas ó menos intensa; síntoma que es tanto mas incómodo, cuanto que casi inmediatamente que se toman líquidos vienen los vómitos. Y tan dolorosos son casi siempre á causa de la contraccion convulsiva del estómago, que algunos sugetos se dejaban abrasar de sed con tal de no beber.

El *movimiento* es otra circunstancia que favorece notablemente los vómitos; y los movimientos son escitados casi sin cesar por los dolores espontáneos y los *calambres*, que hacen tomar al enfermo diferentes posiciones, con la esperanza de aliviarse.

He nombrado los *calambres*, que por lo comun vienen en esta afeccion despues de algunas evacuaciones. Ellos ocupan particularmente las pantorrillas, los pies, y en alguno que otro caso, pero bastante raro, se estienden á todo el cuerpo; á veces se les ve manifiestamente en el abdómen, donde, contrayéndose los músculos, forman elevaciones duras y dolorosas; y en ciertos casos traen una violencia verdaderamente espantosa.

El *pulso* se torna acelerado á consecuencia de estos síntomas, mas ó menos contraido, filiforme y miserable como sean muy abundantes las evacuaciones. Debilítase y baja la voz, si ya no es que hay afonía casi completa, y al mismo tiempo es alta la *respiracion*, volviéndose algunas veces suspirosa y acelerada.

Entonces hay tambien *frialdad* mas ó menos graduada de los tegumentos, y principalmente en las estremidades y en el rostro. La piel, que era de esperar se pusiese seca por la abundancia de las evacuaciones, no solamente es lo comun que no lo esté, si que muchas veces sucede, por el contrario, que se cubre de un *sudor*, en ocasiones viscoso y por lo regular frio.

De parte del sistema nervioso se observa una ansiedad mas ó menos violenta, una *postracion* proporcionada á la intensidad de los síntomas, mucho *desaliento*, y en ocasiones una *cefalalgia* que nunca es de la mayor importancia.

Llegada la enfermedad á este punto, es lo mas comun que ceda á los medios empleados para combatirla, y solamente en alguno que otro caso, raro por fortuna, sigue progr sando. Si ha de tomar este rumbo, se tornan casi *contínuas* las evacuaciones por boca y ano, *involuntarias las cámaras*, *incesantes* los *calambres*, completo el aniquilamiento, pálido el rostro y profundamente abatida la fisonomía; *se hunden los ojos*, se deprimen los carrillos, parece *muy flaco* el enfermo, y la cara, en fin, está contraida é *hipocrática*. Entonces es cuando aparecen las *lipotimias*, los *síncopes*, la *carfologia*, los *saltos de tendones*, y puede sucumbir rápidamente el enfermo.

A veces queda por uno ó muchos dias despues de la curacion alguna susceptibilidad del estómago y de los intestinos, que bien pronto se disipa á beneficio de bebidas dulcificantes y un régimen adecuado.

Tal es el cuadro que nos han dado los autores del cólera esporádico, y tal tambien el estado de nuestros conocimientos actuales: no hay duda que de las observaciones exactas obtendremos algun dia el conocimiento de las particularidades que ahora se nos ocultan.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* del cólera esporádico es esencialmente agudo: ó se recobra la salud ó viene la muerte, todo en algunas horas. Verdad es que hay descritos algunos cóleras que podria decirse duraron unos cuantos dias (véase particularmente á Lobstein, *Arch. gén. de Méd.*, tomo 1.º, serie 2.ª); pero es evidente que tales casos se refieren á varias afecciones intestinales con vómitos y diarrea pertinaz. Por lo demas, son incesantes y contínuos los progresos del mal, salvo algunos intervalos cortos de calma que dejan los vómitos y los calambres.

La *duracion*, como he dicho, es cortísima, está en relacion con la abundancia de las evacuaciones, y por el mero hecho de tocar tan pronto su fin ha dado márgen á algunos nombres particulares para la enfermedad.

Ahora acabamos de ver que, diferenciándose mucho del asiático, el cólera esporádico termina casi siempre por la curacion. Pero habiéndose observado unos cuantos casos positivos de terminacion funesta, no hay que dudar que es afeccion peligrosa.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Bastante animadas han sido las discusiones que suscitan las lesiones propias del cólera-morbo esporádico; y así era de esperar en una cuestion que versa sobre la naturaleza de la enfermedad, y respecto de la que se sostienen opiniones tan diferentes. Veamos qué ha resultado de la observacion.

Los antiguos atribuian el cólera á cierta corrupcion de la bilis; y asi es que algunos autores han buscado en la composicion de este líquido la causa material de la enfermedad. Portal (*Obs. sur la nat. et le trait. des Mal. du Foie*, 1813) habló de una bilis acre capaz de escoriar los tejidos; pero además de que los autores mas recientes no han hecho esta observacion, es indudable, como tambien lo prueban los autores del *Compendium*, que confundió enfermedades muy diferentes.

Habiendo encontrado otros en unos cuantos casos algo de rubicundez en los intestinos, coloraciones negruzcas y ulceraciones, tomaron la enfermedad por una *inflamacion gastro-intestinal;* opinion de que ha sido defensor Chauffard (*loc. cit.*) Si consideramos las circunstancias en que viene la enfermedad, la falta, comprobada en muchos, de toda lesion anatómica, y la variedad de las que se han encontrado, no es ya posible dudar que se equivocaba el diagnóstico ó que el cólera se desarrolló simplemente, sin la complicacion de otra dolencia. En cuanto á las observaciones de Gravier (*Doc. sur le Chol. morb. de l' Inde*; Ann. de la Méd. phys., 1827), invocadas por Roche (*loc. cit.*), recaen sobre el *cólera-morbo asiático*, y en la cuestion que nos ocupa carecen del valor que han de tener en el artículo siguiente.

Creo que no debo hablar, porque es cuestion terminada hoy dia, de las *alteraciones del hígado*, del *bazo*, *esófago*, etc., en clase de causas primordiales del cólera.

En resúmen, la abertura de los cadáveres no ha descubierto ninguna lesion anatómica propia del cólera-morbo

esporádico; y aun admitiendo con el doctor Brown (*Cycl. of pract. Méd.*, tomo 1.º) que algunos individuos sucumbieron muchos dias despues de la invasion de este cólera, y que es signo de inflamacion el color subido de los intestinos, lo que dista mucho de estar probado, no debemos mirar la lesion sino como consecutiva.

Hay, pues, á no dudarlo, en el cólera esporádico, un estado particular desconocido, y probablemente nervioso, por cuya influencia aquellas causas que en otras circunstancias no hubieran producido sino una indigestion cualquiera, dan ahora lugar á las evacuaciones escesivas y demas síntomas consiguientes.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

A mi modo de ver se ha insistido demasiado sobre el diagnóstico del cólera, puesto que esta enfermedad tiene una fisonomía propia que no permite confundirla con ninguna de las enfermedades intestinales de alguna duracion. Habiendo examinado las diversas afecciones que pueden simularla, he encontrado que la distincion es algo difícil, mas que en la indigestion, en el envenenamiento y en el cólera epidémico.

Para distingnir el cólera esporádico de la *indigestion*, se han buscado diferencias en la naturaleza de las materias vomitadas, en su olor y en el de los eruptos inodoros; diferencias que, segun creo, no son suficientes porque faltan en muchos casos. Si se estudia atentamente la indigestion, vemos que es muy difícil al principio, si no digo imposible, formar un diagnóstico seguro; pero bien pronto dan á conocer un verdadero cólera, destruyendo toda incertidumbre, la abundancia de los vómitos y de las evacuaciones alvinas, la presencia de bilis en las materias espelidas, los calambres y la suma debilidad.

En cuanto á los *envenenamientos*, es difícil establecer el diagnóstico, porque cada uno de ellos tiene su fisonomía particular. Sin embargo, y no obstante que volveré á tocar este punto importante al hablar de cada envenenamiento, formularé un diagnóstico así en general, tomando de Grisolle (*Tr. élém. et prat. de Path. int.*, tomo 1.º, página 765) el pasaje siguiente, que contiene cuanto importa saber. «El cólera, dice este autor, ofrece mucha semejanza con la intoxicacion por venenos irritantes. En estos casos, sin embargo, se desarrollan los accidentes despues de tomar alguna sustancia, que las mas veces produce sensacion de calor, de escozor y de quemadura en la garganta, en el

esófago y aun en la boca, donde á veces se encuentran manchas y escaras, que denotan la accion de un cáustico. Los vómitos, en vez de manifestarse casi simultáneamente en las evacuaciones alvinas, las preceden, al contrario, muchas horas. El mismo curso siguen los dolores de vientre; porque limitados primero al epigastrio, no se estienden por el resto del abdómen hasta pasado mucho tiempo.»

Respecto del diagnóstico del *cólera epidémico* y del esporádico, remito al artículo siguiente, donde le espondremos minuciosamente.

Pronóstico. Por lo regular es favorable, como mas arriba hemos visto, el del cólera esporádico, á no venir evacuaciones involuntarias, colapso profundo, frialdad en las estremidades, y frecuencia y debilidad del pulso; que son síntomas muy graves, y á veces anuncian la proximidad de la muerte.

§. VII.—Tratamiento.

El *tratamiento* del cólera esporádico ha sufrido las modificaciones que debian imprimirle las diferentes ideas que acerca de la naturaleza de la enfermedad se concibieran. Examinemos las diversas medicaciones usadas, aunque sin entrar en el trabajo inútil de una esposicion histórica.

Emisiones sanguíneas. Verdad es que ha sido recomendado este medio; pero en los tiempos que reinaban las ideas de la escuela fisiológica, y apoyándose en razonamientos mas bien que en observaciones, y en razonamientos que no pocos son falsos. De aquí es que se ha invocado la práctica de Gravier (*loc. cit.*), sin pensar siquiera en que este observador trataba del cólera asiático, y que bien puede diferir este del esporádico. Como quiera que sea, en concepto de Broussais y sus discípulos, no hay mejor medicacion que las *sanguijuelas* aplicadas al epigastrio, en número variable (veinte, treinta y mas, en diferentes veces); pero esta medicacion carece hoy dia de la sancion general, y no está probado que sea tan eficaz como se infiere de las ideas teóricas. Tocante á la sangría general rara vez se ha usado.

Para completar el *tratamiento antiflogistico*, se han recomendado *bebidas emolientes*, mucilaginosas ó algo *ácidas*. Pero ya hemos visto que muy á menudo son tan tenaces los vómitos, que los provoca la menor cantidad de líquido, y con este motivo no se ha de instar mucho en que beban los enfermos; y algunos autores, entre los cuales debemos citar particularmente á Alph. Leroy, han recomendado la *abstinencia de todo líquido*. Pero es tal la sed algunas veces, que

no es posible dejar de infringir dicho precepto, cuya utilidad no se halla plenamente demostrada. Con todo, podemos tratar de engañar la sed introduciendo en la boca *pedazos de hielo*; y si esto no bastase, administrando cortas dósis de bebidas dulcificantes ó ácidas á una temperatura bastante baja. Pinel ensalza cual ninguno la virtud de las *bebidas ácidas frias*. Tambien se han puesto en uso, pero sin poder apreciar su grado de eficacia los *baños*, y los *fomentos emolientes* y *narcóticos*.

Vomitivos y *purgantes*. Cuando se creia que el cólera era debido á la presencia de una bilis corrompida, acre y corrosiva, se administraban vomitivos y purgantes; pero hoy dia, que con razon se teme favorecer por estos medios la superpurgacion, se hallan tan generalmente abandonados que es inútil hablar de ellos.

Opiados. La administracion de estos medios es la medicacion que mas justamente goza del favor general. Elogiada por Lázaro Riverio (*loc. cit.*), fué de nuevo preconizada por Alph. Leroy. Riverio aconsejaba administrar de una vez *una dracma de triaca reciente*, ó *cuatro granos de láudano opiado*, es decir, de *estracto de opio*. Sin embargo, si estuviesen muy abatidas las fuerzas, tiene recomendado que en vez de dar toda entera la dósis de estracto de opio, solo se administren uno ó dos granos, cantidad que despues se puede repetirla. Sydenham prescribia *algunas gotas de su láudano* en un poco de vehículo; Alph. Leroy administraba de hora en hora medio grano de *estracto de opio*, cuidando, como ya he dicho, de no dar ningun líquido; y otros médicos han empleado la *morfina*. Pero en vano insistimos sobre este punto, cuando basta decir que el opio se debe administrar en cualquier forma.

Tambien son muy provechosas las *lavativas laudanizadas*, máxime cuando hay vómitos muy frecuentes y son muy abundantes y repetidas las evacuaciones alvinas. Entonces no hay que temer por elevar las dósis de láudano, y hasta se puede introducir por el recto en una corta cantidad de vehículo, 20, 40 ó mas granos. Si, como muy á menudo sucede, son tan frecuentes las evacuaciones alvinas que se arroja casi inmediatamente la lavativa, no hay que vacilar en poner otra al poco tiempo, sin temor de producir algo de narcotismo, porque no es difícil disiparle en seguida. Hay, sin embargo, que reconocer que esta medicacion tiene sus límites, y que es menester examinar detenidamente el estado del sugeto, no sea que nos escedamos.

Ménard, que es quien mas ha insistido en el uso del opio (*loc. cit.*), cree que, escepto el *estracto gomoso*, no producen buenos efectos, ni el láudano, ni los diversos preparados de opio; opinion que no está apoyada en un hecho siquiera. Dice además este autor que ni aun el estracto gomoso prueba á los niños de pecho; y esta es otra asercion que tambien parece infundada, y que mas es hija del temor que generalmente inspiran los efectos del opio en una edad muy tierna, que de la observacion rigorosa. Las mas veces no tienen verdadero sin convenientes en los niños de muy poca edad una lavativa con 1 ó 2 *gotas de láudano*, y 1/5 *de grano de estracto gomoso* tomado al interior (dósis que se puede repetir dos ó tres veces al dia si el caso lo exige), con tal de que el médico siga atentamente, como en los adultos, el efecto de dichas sustancias. Salvo estas objeciones, no merece sino elogios el modo con que espone Ménard este tratamiento.

Semejante medicacion, cuya superioridad sobre las demas es indispensable, queda completa con *fricciones* de un *linimento opiado* en el abdómen, con *cataplasmas laudanizadas*, toda la *quietud* posible, la *inmovilidad* mas completa, y el *hielo usado* al interior.

Medicamentos diversos. Creo que no debo hablar del uso de los *calomelanos*, del *acetato de plomo*, de la aplicacion de *vejigatorios al epigastrio*, de los *sinapismos* al vientre, del *alcanfor*, del *cobre amoniacal*, de las *fricciones mercuriales*, del *agua fria*, tomada en mucha cantidad, como queria Autenrieth, etc.; porque si bien es verdad que así espondria un tratamiento completo, tanta medicacion, sin embargo, en vez de ventajosa, es nociva. Para que admitamos un tratamiento, es necesario que haya indicios de sus virtudes, y aquí no encontramos ninguna.

Tratamiento de los síntomas. En atencion á lo dicho, voy á añadir tan solo algunos medios propios para combatir ciertos síntomas. *Contra los vómitos* muy tenaces se ha propuesto la *pocion de Riverio* ó simplemente el agua de Seltz. Estos líquidos podrán ser provechosos, pero téngase presente que no hemos de limitarnos á combatir el vómito en sí, sino mas bien la causa nerviosa que le produce, y la esperiencia ha probado que el opio es el medio que mejor llena esta indicacion importante.

Las *lavativas con mucho láudano* son, como ya he dicho, el remedio mas á propósito para combatir las *evacuaciones alvinas escesivas*. Los *antiespasmódicos* se han empleado con el fin de mitigar los *fenómenos nerviosos*, y principalmente

los *calambres*. Algunos autores han preconizado en particular el *éter sulfúrico*; pero cesan tan pronto los calambres desde que desaparecen los síntomas intestinales, que no hay necesidad de emplear dichos medios, que pueden tener una accion nociva en el tubo intestinal. Para obtener algun alivio, no hay mas que dar repetidas *fricciones secas*, si no fuesen muy dolorosas, en los miembros y en el abdómen, y tambien en las estremidades para *restituirles el calor*, envolviéndoles con *lana caliente* en los intervalos de dichas fricciones. Debe en fin recomendarse á los enfermos que guarden todo lo posible la mayor *inmovilidad* para que no vengan mas frecuentemente los vómitos y las cámaras.

Resúmen y *prescripcion*. De lo dicho resulta, que el verdadero tratamiento del cólera esporádico, el sancionado por la esperiencia, se compone del uso del opio, de algunas bebidas emolientes y ácidas y del hielo. Esta es la conducta que debe adoptar el práctico, hasta que se pruebe por hechos numerosos y bien observados que hay algun medio de eficacia especial. Una sola prescripcion basta, por consiguiente, para trazar así en general la conducta que se ha de seguir.

Prescripcion.

1.° Bebidas en corta cantidad; agua de arroz y jarabe de goma, añadiéndole ó no un poco de zumo de limon.

2.° Si es viva la sed y continuos los vómitos, no se darán mas que pedazos de hielo.

3.° Una píldora de 1|2 á 1 grano de estracto tebáico, cada dos horas ó mas frecuentemente si el caso lo exige. En los niños se dará la dósis de 1|5 de grano ó menos, y hay que administrar el opio en muy poco vehículo.

4.° La cuarta parte de una lavativa de cocimiento de linaza con 20 á 40 gotas de láudano, repetidas si fuere necesario. En los niños habrá bastante con tres ó cuatro gotas de láudano, conforme sea la edad.

5.° Fricciones en el abdómen con el linimento siguiente:

R. Aceite de almendras dulces.. . . . 3 dracmas.
Láudano. . . . . 2 1|2 escrúpulos.

Para dar en los miembros fricciones secas con una hayeta caliente.

6.° Recomiéndese al enfermo que se mueva todo lo menos posible; y si son escesivos los vómitos, el agua de Seltz, ó la pocion de Riverio.

7.° En los dias siguientes se prescribirá un régimen suave y ligero.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes, opiados, vomitivos y

purgantes (proscritos); varios medicamentos, como los calomelanos, el agua fria, etc., (inciertos). Fricciones secas, quietud, bebidas gaseosas y régimen.

ARTICULO IV.

CÓLERA-MORBO EPIDÉMICO.

Esta enfermedad, que reina endémicamente en la India, bien puede decirse que no ha sido bien estudiada hasta que invadió la Europa. Léase si no cuanto se publicó antes de la epidemia que ha devastado la Francia y la Inglaterra, y nos convenceremos cuán infundadas son en general las mas de las opiniones emitidas acerca de los síntomas, curso, naturaleza y aun tratamiento de la enfermedad. Verdad es que en algunas descripciones de los autores que la observaron en la India, se ha querido encontrar cuanto se descubria en Europa acerca de esta afeccion; pero bien pronto se advierte que tales descripciones dejan mucho que desear, y que para llegar á conocerla bien, hay que recurrir á las observaciones exactas y rigorosas que se hicieron por los años 1832 y siguientes.

La epidemia, no contenta con los infinitos paises que desolára, entró en Europa en 1831, y en París el 6 de enero de 1832, si crédito merecen algunas observaciones, ó á fines de marzo, que fué cuando claramente se manifestó en la ciudad. Como de ningun modo entra en mi plan seguir la marcha del cólera-morbo desde que salió de la India hasta su llegada á Francia é invasion de la América, España é Italia, me basta decir que por mas estudios que se hayan emprendido acerca de este punto, no ha sido posible encontrar en marcha tan caprichosa cosa ninguna que nos aclare el modo de propagarse la enfermedad.

Tanto se ha escrito y publicado sobre el cólera-morbo epidémico, principalmente en Francia, Inglaterra y Estados-Unidos, que no es fácil comprender en una descripcion todos los detalles de estas diferentes publicaciones. De aquí es que tenemos que contentarnos con esponer los resultados principales de estas investigaciones, entre las que principalmente hay que citar las de Bouillaud, Gendrin, Magendie, J. Brown, etc., y las de numerosos artículos publicados en los periódicos de 1832 á 1834 ó 1835.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Al cólera-morbo no podemos definirle sino es por sus sín-

tomas principales, que son vómitos mas ó menos abundantes, cámaras frecuentes, cuya materia se compone en gran parte de un líquido mas ó menos claro ú oscuro, que contiene en suspension copos mucosos, calambres, color violado y frialdad de los tegumentos, y supresion mas ó menos completa de orina. Los síntomas que mas adelante se describirán pueden faltar sin que el cólera deje de hallarse perfectamente caracterizado, y por tanto no debemos comprenderlos en esta definicion.

La enfermedad que nos ocupa es á la que se le han dado los nombres de *cólera fulminante*, y *cólera álgido*; la que se designa particularmente con los de *cólera asiático*, *cólera indiano*, *cólera pestilencial;* y la llamada *psorenteria* ó *psorenteritis* por Serres y Nonat (*Gaz. méd.*, 1832), á causa del incremento de los folículos aislados con que parece el intestino cubierto de granos rodeados ó no, dicen estos autores, de vestigios de inflamacion. Pero entre estos nombres es preferible el de *cólera-morbo epidémico* ó el de *cólera indiano*, que indica su orígen.

Inútil es averiguar la *frecuencia* del cólera epidémico, menos en las regiones en que es endémica la afeccion. Mas como los autores que describen las de estos paises no se han detenido suficientemente en este particular, únicamente podremos decir que no se pasa año sin que en la India se observen bastantes casos aislados, y que desde que los médicos ingleses se han enseñado á distinguir esta enfermedad de todas las demas, han observado epidemias mas ó menos estensas. Segun una carta de Scott, citada por el doctor Brown (*Cycl. of pract. med.*, art. *Chol. epidemic.*) se conoce el cólera en la India desde la mas remota antigüedad, y en obras de aquel pais se encuentran mencionadas muchísimas invasiones epidémicas.

§. II.—Causas.

Entre las muchas y muy detenidas investigaciones hechas á fin de aclarar la etiologia del cólera, no hay ningunas mas interesantes que las emprendidas por una comision nombrada por el prefecto del Sena, investigaciones cuyos resultados se fundan en una estadística estensa. Veamos qué hay de positivo acerca de este particular.

1.° *Causas predisponentes.*

Edad. Desde luego podemos decir que el cólera castiga *todas las edades*; pero no en qué proporcion segun las épocas

principales de la vida, y esto nos importa saberlo. Ateniéndonos al estado formado por la comision con diez y ocho mil cuatrocientos enfermos, la vejez es la edad en que mas estragos hace, despues la adolescencia, la primera infancia, y la segunda por último. Examinado el resultado de las investigaciones hechas por Gendrin (*Monographie du Chol-Morb. épid. de Paris*, 1832), se encuentra análogo al primero; y si con los autores se admite que los niños muy tiernos resisten mucho menos que los hombres al cólera, viene á resultar que menos defunciones suponen un número proporcional, y por tanto menor, de niños invadidos. En cuanto á los estremos de la edad, se padece el cólera, aunque rarísima vez, á los dos, tres y cuatro meses de la vida, mientras que la suma vejez ha sufrido todo el encono de la epidemia, como podemos juzgar por la mortandad que hizo en los hospicios de ancianos (véase particularmente á Rochoux, *Arch. gén de Med.*, 1832.)

Sexo. Resulta del número proporcional de defunciones, dato á que tambien se ha recurrido para establecer la frecuencia relativa en ambos *sexos*, que casi está tan espuesto el uno como el otro.

Constitucion. En cuanto á la constitucion solamente tenemos noticias poco precisas, con motivo de que las estadísticas se componen de hechos que no suministran todos los datos necesarios. Sin embargo, si se considera que en los niños muy tiernos es donde mas grave se ha manifestado el cólera; que en los alrededores de París ha escedido la mortandad de mujeres á la de hombres, y que la vejez es la edad de que mas víctimas ha sacado, podemos admitir por analogía que tambien predispondrá á contraer la enfermedad una constitucion no fuerte ó deteriorada por enfermedades preexistentes, lo que seguramente tiene algunos puntos de contacto con el estado de debilidad comun á las tres condiciones individuales que acabo de mencionar. Pocas son las observaciones que tengo á mi disposicion de aquellas que se recogieron en lo fuerte de la epidemia, y cuando casi lo mismo invadia el cólera á las constituciones fuertes que á las débiles; pero estos datos son demasiado defectuosos para hacer mas que citarlos. Respecto del *temperamento* nada tenemos que decir en particular.

Profesiones. Habiendo buscado cuidadosamente la comision nombrada por el prefecto del Sena la influencia de las *profesiones*, obtuvo el resultado general de que favorecian abiertamente la produccion de la enfermedad las profesiones

que esponen á la intemperie, á privaciones de todo género y á trabajos difíciles y fatigosos.

En cuanto á las *profesiones* llamadas *insalubres*, resulta de los esmerados informes que tomára la comision, que son enteramente falsas las ideas teóricas que nos enseñan que dichas profesiones predisponen al cólera.

Relativamente á la *habitacion*, encontramos desde luego el resultado general, obtenido tambien por la comision, de que en las partes bajas y húmedas de París hubo muchos mas muertos y enfermos, que en las elevadas, secas y bien ventiladas.

Tocante á la *proximidad de canales y rios*, nada mas aparece que una diferencia insignificante de mortandad. Entre las poquísimas observaciones bastante exactas que he podido reunir acerca de las habitaciones, en las dos terceras partes de ellas se dice que los individuos moraban hacia mucho tiempo *cuartos frios*, *húmedos*, *mal ventilados y oscuros*.

Climas. Siendo en la India endémico el cólera, no se puede poner en duda la influencia de los *climas*; pero cuando estalló la epidemia, y se principió á sentir la influencia morbosa fuera de su pais natal, parece que desapareció dicha influencia. Y en efecto, el cólera no se ha encarnizado con menos saña en Rusia, Inglaterra y Francia, que en las comarcas asiáticas, Italia y España; entonces parece que habia una fuerza de impulsion que con igual violencia estendia la influencia morbosa en las mas opuestas direcciones.

Temperatura y estaciones. Las mismas reflexiones son aplicables tambien al influjo de las *estaciones*. En la India se percibe á las claras esta influencia; porque han notado los autores ingleses que tienen observado el cólera en este pais, que cuando mas estragos hace es en las épocas del año en que á *dias muy calurosos* suceden *noches muy frias*; pero ni en Polonia, ni en Inglaterra y sobre todo en París, no ha sido posible descubrir ninguna relacion entre la violencia del cólera y la constitucion estacional.

Respecto á la *composicion del aire atmosférico*, en vano se ha tratado de que nos esplique la aparicion de la enfermedad, y de las numerosas recrudescencias que ha tenido en los diferentes paises.

Miseria y privaciones. Mas arriba hemos visto que la clase indigente y los obreros espuestos á la intemperie del aire son los que mas sufrieron los rigores del cólera; y este hecho nos induce á creer que la miseria, la falta de ropa y

las privaciones de todo género, ponen á los sugetos en las condiciones mas favorables al desarrollo de la enfermedad, como está positivamente probado por autores que han hecho acerca del particular investigaciones directas. Así es que Bouillaud (*Tr. théor., prat. et stat. du Chol-Morb., etc.*; Paris, 1832) dice que estaban mal alimentados muchos de los enfermos que observó, y en estos términos se espresan tambien todos los demas médicos que observaron la epidemia de París. Entre diez y siete enfermos de quienes se tomaron noticias muy exactas y cuyas observaciones tengo á la vista, siete habian sufrido largas privaciones durante todo el invierno precedente: todo nos inclina á admitir que los *alimentos* malos y en poca cantidad, y la *falta de ropa* y del abrigo necesario contra el frio, han sido las causas predisponentes mas poderosas.

Y como consecuencia necesaria de estas tristes condiciones, es una afeccion *moral* mas ó menos profunda; por eso no se ha titubeado en incluir entre las causas predisponentes los pesares violentos y prolongados, y las preocupaciones de todo género. Pero respecto de este punto no se han hecho las debidas investigaciones, y mas adelante veremos qué efectos han producido las afecciones morales muy vivas, como causas ocasionales.

El *hacinamiento* de personas, hé aquí otra circunstancia que se ha tenido por causa predisponente y eficaz del cólera-morbo epidémico, principalmente si aquel se efectúa en lugares mal ventilados. Opinion es esta en cuyo apoyo podemos citar las observaciones que respecto de los cuarteles hizo la comision. Efectivamente, en el departamento del Sena murieron muchos mas militares que paisanos. Estas indagaciones se hicieron para asegurarse si el servicio militar seria una causa predisponente; pero todo induce á creer que solamente pendia de la mala habitacion cuya influencia hemos reconocido, la violencia con que el cólera atacaba á los soldados.

Escesos. ¿Serán, en fin, causas predisponentes los *escesos* habituales, y sobre todo los alcohólicos? Para dilucidar este punto casi no tenemos mas documento que una relacion presentada á la Sociedad de Templanza de Nueva-York y citada en la *Lancette francaise* (1832); relacion que tiende á probar lo mucho que influye la *costumbre de embriagarse.* Pero téngase presente que, confeccionado el documento por una sociedad de templanza, propenderá á exagerar los hechos, y ademas que ante todo se debió comprobar, lo

que seguramente no se habrá hecho por ser imposible, la diferencia proporcional de los que se abandonan á la embriaguez; dato esencial en materia de proporciones.

En resúmen, las únicas causas predisponentes cuya influencia podemos reconocer, se reducen á la mucha edad, á las malas habitaciones, á las privaciones de toda especie, y acaso al *estado mòral* que es consiguiente.

2.° *Causas ocasionales.*

Todo se reduce á datos muy inciertos acerca de estas causas.

Cítanse los cambios repentinos de temperatura y el *frio súbito* aplicado á la superficie del cuerpo; pero por parte ninguna se encuentra ni un solo hecho que demuestre la accion de estas causas.

Escesos. Como causas predisponentes hemos considerado ya los habituales; pues si ahora examinamos estos mismos escesos cual causas ocasionales, se nos ofrecen datos interesantes que resultan del informe de la comision. Comprobado está que los martes y los miércoles de cada semana son los dias en que entraban muchos mas enfermos en los hospitales, y que el número de los admitidos iba disminuyendo á medida que mas se distaba de estos dos dias fatales. Ahora bien; si de una parte se considera que el domingo y el lunes son los dias que la clase admitida en los hospitales consagra á escesos de todo género, y de otra, que estos consisten principalmente en el mucho vino, parece casi indudable que en semejante esceso esté la causa del aumento de entrada en dichos dias y de la invasion de la enfermedad. La estadística formada de algunas observaciones particulares careceria de todo valor al lado de los numerosos guarismos de que se ha valido la comision.

¿Serán evidentemente causas ocasionales del cólera, la *naturaleza de los alimentos* ingeridos, las sustancias indigestas como el tocino, las carnes manidas, las coles, etc., ó las frutas verdes que se llaman frias, como los melones, etc.? Bajo el punto de vista científico es imposible decidirlo con plena conviccion; pero nada parece mas probable que el influjo pernicioso de estas sustancias en la produccion de una enfermedad cuyos síntomas locales proceden principalmente del tubo digestivo; así es que exige la prudencia recomendar á las poblaciones la mayor sobriedad, durante la epidemia, en el uso de estas sustancias. Y aplicables son las mismas reflexiones al abuso de *bebidas frias* y *agrias*, á los

escesos venéreos, á toda causa que debilite la economía, etc.

Aunque ya he dicho dos palabras de las *afecciones morales* que prolongadas por mucho tiempo pueden ejercer una influencia funesta cuando haya epidemia de cólera, nos queda aún por saber si dichas afecciones obran como causas ocasionales. ¿Tendrá el *miedo* este efecto funesto? A mi modo de ver hay que distinguir el miedo de este terrible azote del de otros accidentes que le son estraños. Relativamente á este, la comision, cuyos trabajos he citado muchas veces, hizo notar que el motin que en el mes de junio de 1832 aterrorizó la poblacion, y principalmente el cuartel Saint-Merri, no tuvo ninguna influencia en la marcha del cólera, ó si la ejerció fue para disminuir sensiblemente el número de difuntos. Si se quisiese, pues, sacar una consecuencia de este hecho, habria que admitir que la emocion producida por el alboroto, fue mas bien favorable que nociva. Pero queda por saber si no produjo desastres *el temor de la misma epidemia*; y aunque la opinion general dice que no, nosotros conocemos cuán difíciles son estas averiguaciones. Por tanto nada sabemos de positivo acerca de este particular.

Contagio. Para concluir lo que tengo que decir acerca de las causas del cólera, únicamente me falta hablar del *contagio* admitido por algunos autores. Moreau de Jonnes (*Rapport sur le Choléra-Morbus*) es quien mas ha insistido en la existencia de esta causa; pero quizá no se declare uno partidario de su opinion como reflexione en la estremada violencia de la enfermedad cuando se propagó por Europa, y parándose á considerar que todos los sugetos se encontraban con el mayor grado de aptitud posible para contraerla por el hecho mismo de suponerla contagiosa, pues que todos los europeos estrañaban esta afeccion desconocida hasta entonces. Si así no fuese, ¿no hubieran sucumbido casi todos aquellos que en tales circunstancias no se apartaban del lado de los enfermos? Pues en vez de suceder esto, observó que proporcionalmente no sucumbió mayor número de médicos que de otros individuos de la misma clase social. Tan poderosa es esta razon, que segun creo no debo pararme mas tiempo en un hecho que me parece bastante comprobado.

Además, no perdamos de vista que han sido del todo infructuosos cuantos ensayos se hicieron para inocular el cólera, bien con sangre, bien con sudor, bien con cualquiera otra materia; y téngase presente que el doctor J. Annesley (*Treat. on the epid. Chol. of India*, 1820) ha notado, lo mismo que nosotros, que en la India, no solamente no le

padecen mas frecuentemente las personas que se aproximan á los enfermos, sino que aun es mas raro en ellas.

§. III.—Síntomas.

Para describir los síntomas del cólera-morbo epidémico se han adoptado varias divisiones. Dalmas (*Dict. de Méd.*, tomo 7.°, art. *Cólera*) describe dos períodos, comprendiendo en el uno el estado *álgido*, y el estado de *reaccion* en el otro; J. Brown (*loc. cit.*) admite tres períodos, que son: el de la invasion, y esos otros dos que acabamos de decir; Gendrin, en fin, admite mayor número que ninguno. En concepto suyo hay un período, que es el primero ó de *invasion*, llamado *flegmorrágico*, porque entonces vienen evacuaciones serosas por boca y ano; otro que él llama período de *estado*, y *ciánico* los autores, á causa del color azul de los tegumentos; otro designado por Gendrin con el nombre de *estincion ó asfísico*; cuarto ó de *reaccion*; y quinto, en fin, caracterizado por *crisis* y *metastasis* que han de juzgar la enfermedad.

A mi modo de ver es inadmisible esta division: el período flegmorrágico puede continuarse, y se continúa en efecto casi siempre, durante el período siguiente, y por tanto no tiene límites: el tercero es, á no dudarlo, la continuacion del segundo; y en cuanto al *período crítico*, no solamente veremos que se ha exagerado mucho la importancia de sus fenómenos, considerándolos como críticos, sino que ni por asomo está demostrado que tengan nada de ello dichos fenómenos.

Los autores del *Compendium* no admiten mas que cuatro períodos, y por caractéres del primero los *prodromos nerviosos é intestinales*; pero ¿serán efectivamente prodromos los demas síntomas intestinales, y en particular esa diarrea que se llama *colerina*, como lo son cierto malestar, la disminucion del apetito y una debilidad ligera? Ya veremos como esto no se halla de modo alguno demostrado, y por consiguiente basta admitir con el doctor Brown tres períodos y describir sucesivamente la *invasion*, el *estado ciánico* y la *reaccion*.

1.° *Invasion.* Como acabo de manifestar se ha sostenido que frecuentemente va anunciada la invasion del cólera por verdaderos prodromos nerviosos. Esta opinion no data de la época de la epidemia que hemos presenciado: el doctor Annesly (*Res. in to the causes, etc., of the diseases of India*) habia insistido sobre los prodromos del cólera y mencionó los nerviosos. Pero hé aquí lo que resulta del exámen de noventa y cuatro hechos observados con esmero en la práctica de Louis, y

muy principalmente respecto de la invasion de la enfermedad. Pocos han sido los casos (siete, ó menos de la dozava parte) en que han venido aisladamente los prodromos nerviosos; y si á ellos se agregan algunos casos en que coexistieron anorexia y náuseas, no pasa el número de diez, ó sea cerca de la novena parte: de modo que considerados así los prodromos nerviosos, no tienen, como vemos, la importancia que se ha querido darles.

No así los síntomas intestinales; pero aunque efectivamente se han presentado en muchísimos casos, pues que en treinta y dos sugetos vinieron bastantes dias antes de que se anunciase la invasion violenta del cólera, los vómitos abundantes, las cámaras serosas, los calambres, etc., aún se duda si en estos casos deben mirarse como precursores los síntomas que dejo mencionados. ¿No tendremos aquí la invasion con los síntomas coléricos poco desarrollados ó una diarrea comun que precede al cólera sin formar parte de él? Imposible es dejar de admitir que tales síntomas pertenecen á la enfermedad en sí cuando vienen acompañados de los característicos del cólera, tales como calambres, vómitos, náuseas, etc., ó cuando estos últimos sobrevienen muy poco tiempo despues. Muy á menudo se vió, y principalmente cuando aún era reciente la epidemia, que persistian por dos, diez, doce y aun quince dias antes que se manifestasen los síntomas violentos del cólera, una diarrea tal cual abundante, cierto grado de anorexia y alguna debilidad. Este es, como ya he dicho, el estado llamado *colerina*, el mismo que en algunos casos se disipa espontáneamente, y que en otros ha cedido á medios muy sencillos.

Casos hay, aunque pocos, en que tienen algo de especial los síntomas que pueden reputarse como prodromos; y así es que en cinco sugetos he visto preceder uno ó muchos dias al cólera, pero sin presentar ningun carácter particular, ora un *simple malestar*, ora un estado de *cansancio* bien manifiesto. Dos sugetos tuvieron cansancio á falta de otros síntomas; otro sentia al mismo tiempo alguna cefalalgia; uno hubo con anorexia; y el último no sentia sino un malestar indefinible. En otros dos casos hubo de notable el venir sola la anorexia, sin ninguna otra cosa particular.

He creido deber indicar estas particularidades, porque parece que se han ocultado á los autores, ó mas bien que las confundieron en sus descripciones con los demas fenómenos ya indicados, y porque se prueba que en una epidemia como el cólera ha de escitar la solicitud del médico

la menor señal de indisposicion. Y es tanto mas necesario tener siempre en la mente esta reflexion, cuanto que si el mayor número de sugetos tuvo que abandonar sus ocupaciones diarias, á causa de estos fenómenos que se miran como precursores, algunos hay tambien que á pesar de estar ya con la diarrea y los cólicos no han suspendido sus quehaceres habituales, y aun algunas veces conservaban bastante apetito para seguir alimentándose, aunque casi siempre aumentaba mucho la diarrea despues de comer.

Bien hayan existido estos síntomas, bien falten, como sucedió en los mas de los casos que he analizado, es evidente que la *invasion* de la enfermedad trae caractéres bastante uniformes: la *diarrea*, acompañada ó no de *cólicos*, hé aquí el fenómeno que casi siempre abre la escena. En efecto, así sucedió en ochenta y siete casos de los noventa y cuatro, y en otros muchos no tardaba en venir dicha diarrea. Si ya existia, tornábase pronto mucho mas abundante y anunciaba un aumento de gravedad. No es raro que venga *sin cólicos*; y efectivamente, estos no se han manifestado al principio, sino en treinta y tres casos, y por lo general no con mucha violencia. Por último, completan con los vómitos, fenómeno de que ahora hablaremos, el cuadro de esta invasion: borborismos en pocos casos, alguna cefalalgia en ciertos sugetos (once), zumbido de oidos ó aturdimiento, cierto grado de debilidad que tan solamente es exagerada en algunos casos, calambres rara vez violentos, y que se sienten principalmente en los pies y pantorrillas, voz mas ó menos apagada en un número reducido de casos (quince de calambres, y nueve de debilidad de la voz), y á veces, en fin, escalofrios (ocho casos).

En cuanto á los *vómitos* hay que decir dos palabras por separado. En unos cuantos casos (veinte y tres) vienen al mismo tiempo que la diarrea, y constituyendo uno de los síntomas mas importantes de la invasion; pero muchas mas veces tardan bastante tiempo (de algunas horas, á uno ó muchos dias) en sobrevenir á los fenómenos que dejamos mencionados. A veces se observan desde el principio algunas náuseas, tras las que llegan los vómitos al cabo de una ó muchas horas.

Aunque no es lo comun que la enfermedad principie *bruscamente*, es decir, anunciándose de repente por el conjunto de síntomas que acabamos de enumerar, se ve no obstante á menudo suceder con tal rapidez estos síntomas, que pasadas algunas horas presenta la dolencia toda su in-

tensidad, que es lo que principalmente se ha observado en los primeros tiempos de las epidemias cuya historia tenemos. Tambien se han visto casos de individuos que, mediando ó no un malestar precursor, son acometidos de vómitos abundantes, de diarrea casi continua, de calambres y enfriamiento, sucumbiendo en una ó dos horas: esto es lo que podemos llamar cólera fulminante, variedad que, repito, es muy rara.

2 º *Síntomas.* Para describir los sintomas, es absolutamente indispensable dividir la enfermedad en período álgido y en período de reaccion.

Período álgido. En este persiste casi siempre la *diarrea* de que hemos tratado al hablar de la invasion. Rarísimo es, en efecto, que como se llegue á detener completamente por los medios adecuados, no remitan en seguida los síntomas; pero no será imposible que suceda lo contrario al ver que de veinte y cinco casos en que se notó con esmero el estado de las cámaras, hay dos en que la diarrea serosomucosa, muy abundante al principio, se suspendió completamente en el período álgido, sin que fuese motivo para que dejasen de progresar los síntomas y evitar la muerte.

Las cámaras son por lo comun tan frecuentes en el principio de este período, máxime si no se ha tratado de disminuir su cantidad, que los enfermos tienen de diez á quince ó veinte, y aún muchas mas en las veinte y cuatro horas. Estas evacuaciones estan compuestas de un líquido acuoso, que á veces tiene un tinte amarillo y el olor de las materias fecales, y mas á menudo son blanquecinas, agrisadas, turbias, como el agua en que por mucho tiempo se hierve una gran cantidad de arroz, y entonces casi no ofrecen olor fecal ó lo han perdido del todo. Cuando este período esté en el principio, es raro que sean involuntarias las deyecciones.

Pasado algun tiempo, es lo comun que no sean tan frecuentes las cámaras, sin duda alguna en virtud de los medios empleados; y aun á veces suelen volver á deponerse algunas materias fecales, si bien es muy raro que así suceda, pues que entre todos los casos no se observó mas que en uno. Tambien se vé alguna vez que suprimidas al principio las evacuaciones, reaparecen de nuevo con el aspecto característico que ya he indicado.

Al declinar, en fin, este período, hay, segun los casos, varias modificaciones. En muchos sugetos, y principalmente en aquellos que han de restablecerse ó que caminan hácia el período de reaccion, se tornan raras las cámaras, toman

mas consistencia y presentan el olor fecal ó se suprimen; al paso que en otros aumentan tanto de frecuencia que llegan á ser casi contínuas y aun *involuntarias*; síntoma observado en tres casos, y que casi siempre presentan los enfermos que han de sucumbir.

A mediados y al fin de este período no cambia visiblemente de naturaleza el líquido espelido por cámaras; pero entonces es cuando principalmente nadan en él *copos mucosos* pequeños, entre los cuales hay algunos que tienen el aspecto del arroz muy cocido y mas ó menos deshecho; y aún en alguno que otro se ve mayor ó menor cantidad de moco, reunido en el fondo del vaso, donde tambien se precipitan los copos. En uno de los casos que tengo á la vista presentaban las materias arrojadas por cámaras un *color de heces de vino* muy marcado, aspecto que han advertido tambien algunos autores, y del que volveremos á ocuparnos cuando describamos el líquido contenido en los intestinos de los cadáveres.

Es tan imperiosa la necesidad de hacer las evacuaciones cuando son muy frecuentes, que los enfermos no pueden aguardar ni un instante, y aun cuando no son involuntarias, tienen que ensuciarse en la cama. A veces basta con los esfuerzos de los vómitos para determinar la espulsion de las materias líquidas.

Los *cólicos* que, como hemos visto, suelen frecuentemente faltar en la invasion, está comprobado que no vienen en este período, y principalmente que no duran todo su curso. Apenas los padecerá la tercera parte de los sugetos: en los otros, ó bien faltan, aunque es raro, en todas las épocas, ó bien cesan para siempre despues que se han dejado ver al principiar el período. Sin embargo, en dos casos ha sucedido que no se presentaron los cólicos hasta el fin de la enfermedad y algunas horas antes de la muerte.

Tambien coexisten, pero en poquísimos casos, las cámaras líquidas, con *borborigmos* y *ruido de tripas*, ora espontáneos, ora provocados comprimiendo el vientre.

Los *vómitos* que, como ya he dicho, no tardan en unirse á los síntomas precedentes, aparecen en muchísimos casos al principio de este período. En efecto, entre veinte y nueve observaciones muy exactas que á la vista tengo, se dice en diez y ocho que vinieron desde luego, ó raros (nueve casos), ó frecuentes (otros nueve), pero sin diferencia de aspecto. El líquido que los forma es blanquecino, amarillo-verdoso, agrisado, y comunmente turbio y con copos mucosos pare-

cidos á los de las cámaras. Verdad es que alguna que otra vez se componian de alimentos mal digeridos ó de líquidos; pero casi nunca tardaban entonces los vómitos característicos que acabo de mencionar.

Algo despues, es decir, hácia la mitad de este período, son mas raros los vómitos. Y en efecto, tan solamente los habia en trece casos, sin duda alguna á causa de los medios terapéuticos usados. Pero hay ocasiones en que se presentan con caractéres nuevos que importa conocer. En tres sugetos estaban compuestos de una materia amarillo-verdosa, amarga y que por consiguiente contenia cierta cantidad de *bilis*; y un individuo hubo en quien los líquidos provocaban vómitos, lo cual no sucedia al principio de la enfermedad.

Por último, cuando este período toca á su fin, es tan rarísimo observar vómitos, hayan ó no de sucumbir los sugetos, que efectivamente no se han visto mas que en siete casos (frecuentes en tres y raros en cuatro). Pero como media la accion del tratamiento empleado, no podemos decir si esto consiste en una tendencia natural de la enfermedad, ó si solo se han suspendido los vómitos en virtud de los medios terapéuticos. Los vómitos, en fin, amargos, biliosos, se presentaron en dos casos al declinar este período.

Mas arriba he dicho que los vómitos fueron frecuentes sobre todo en el principio del período ciánico. Y á tanto llegaba esta frecuencia en algunos sugetos que, por decirlo así, no hacian mas que tomar los líquidos y arrojarlos por boca y ano. En otros determinan tambien angustias mortales, síntoma que en todos es de los mas incómodos y que da lugar á las mas vivas instancias de parte de los enfermos para verse libres de él.

Al hablar de la invasion hemos visto que muchos dias antes de principiar los síntomas violentos del cólera, habia pérdida ó disminucion del *apetito*; pero en el mayor número de casos, no se declara la *anorexia* hasta que vienen los fenómenos característicos: que entonces es cuando los sugetos no quieren tomar alimentos ó, si lo hacen, es con mas ó menos repugnancia. Sin embargo, entre treinta y seis sugetos á quienes se preguntó cuidadosamente por este síntoma, hubo seis que en parte conservaron el apetito aun hasta el principio del período álgido; verdad es, que no hay caso de que faltase la anorexia completa en cuanto avanza algo dicho período. La *sed*, por el contrario, casi siempre es viva, y tan imperiosa á veces, que no obstante las náuseas y los vómitos que promueven los líquidos, no pueden me-

nos de satisfacerla los enfermos. Sin embargo, en la sesta parte de los sugetos cuyas observaciones he analizado, no hubo mucha sed hasta la mitad de este período, y de otra parte hubo algunos que la padecieron viva hasta el fin, al paso que en otros se mitigó algun tanto, no obstante de no sufrir ninguna modificacion particular el curso de los demas síntomas.

Aunque se ha dicho que los coléricos *ansiaban líquidos frios* y aun *frios* y *agrios*, este síntoma no es tan constante como pretenden. Seis sugetos tan solo deseaban vivamente al principio de este período beber alguna cosa fria, tres pedian bebidas frias y ácidas y todos ellos padecian sed abrasadora. Pero seis hubo, por el contrario, que querian bebidas calientes ó tibias, y entre ellos no se contaban mas que dos que tuviesen poca sed. Y hubo pocas modificaciones en la mitad del segundo período: todo se reduce á que uno de los pacientes que pedian bebidas frias, deseaba ansiosamente las calientes, pero conservando la misma sed hasta el instante de morir; y que dos vomitasen apenas tomaban bebidas calientes ó frias. Resulta, pues, que la sed viva es síntoma de importancia, aunque no constante, y mucho mas que el deseo de las bebidas frias y agrias.

El *estado de la lengua* merece de nuestra parte alguna atencion, á causa de las consecuencias que de él se ha querido deducir. Seca raras veces en el curso de este período, no ha estado así mas que en cinco sugetos sobre treinta y seis, y con todo eso es, y por algunos momentos, se encontraba manifiestamente húmeda, en contraposicion de lo que, como mas adelante veremos, sucede en el curso del período de reaccion.

La lengua está por lo comun *fresca* ó *fria*, y tanto mas húmeda cuanto mas próxima se halla la muerte. Cuando principia el período de reaccion, la lengua participa del calor que se difunde por todas las demas partes del cuerpo y está por lo regular *lívida* ó *violada*, al menos en cierta estension, que las mas veces es su circuito; porque no es raro ver que el centro se conserva blanco ú amarillento hasta el postrer instante.

Cuando los sugetos caen en un estado de entorpecimiento considerable, la lengua, y esto sucede principalmente hácia el fin de la enfermedad, está *algo retraida*, pero sin presentar nunca signo ninguno de esos que se han querido considerar como hijos de un estado inflamatorio del estómago.

A veces se sufren en el *epigastrio dolores espontáneos*

mas ó menos vivos, que los enfermos comparan á los retortijones, y que en ocasiones se propagan á los costados. á la espalda y al hipogastrio. Muchas menos veces hay dolor á la presion, pero dolor que por lo comun es ligero; y lo mas notable es la *opresion* que se siente en el epigastrio, síntoma de que volveré á ocuparme al hablar de los fenómenos de la respiracion. En no pocos sugetos, por el contrario, no hay dolor espontáneo ni á la presion.

El *vientre* padece tambien de estos dolores, que propiamente hablando no son cólicos, y que en alguno que otro caso consisten en una sensacion de pesadez y *constriccion* fija en el ombligo, hipogastrio y vacíos. Dichos dolores, aunque casi siempre poco intensos, en algunos sugetos cuyas observaciones tengo á la vista fueron lo suficiente para arrancar gritos agudos. Y no hay duda que en ciertos casos eran verdaderos calambres: pero ya nos esplicaremos al hablar de estos últimos síntomas. El vientre, en fin, permanece casi indolente en los mas de los enfermos.

El *meteorismo* viene muy rara vez al principio de la enfermedad, aunque sea poco considerable: mas bien está entonces, como se ha observado casi en la tercera parte de casos en diversas épocas de este período, tan *retraido* y duro el vientre, que sus paredes parecen pegadas á la columna vertebral. Los demas sugetos conservaron indolente el abdómen y con su configuracion natural.

La *presion ejercida en el vientre* determinaba, lo mismo que la del epigastrio, en alguno que otro caso, un dolor poco intenso; pero con la notable circunstancia de que algunos sugetos sentian un aumento considerable de opresion comprimiéndoles con mayor suavidad.

Verdad es que se ha observado un hipo muy molesto; pero ni con mucho en tantos casos como dicen los autores.

La *supresion* ó la *disminucion notable de la orina*, fenómeno no menos digno de llamar la atencion que todos los ya mencionados, se ha presentado desde el principio de la enfermedad, y principalmente en el curso del período álgido. Tan raro es que las orinas permanezcan *normales* durante toda la enfermedad, que solo se cuentan cuatro casos de este género entre todos los que hemos referido; y, sin embargo, estos cuatro casos merecen nuestra atencion, porque prueban que la supresion de la orina no es síntoma indefectible, como algunos autores pretenden. En todos los demas han *disminuido muchísimo*, siendo muy rara y corta la emision, ó se han *suprimido completamente*.

En alguno que otro caso, despues de haber sido escasa ó faltado la orina, se *tornó* abundante hácia el medio de este período, para suprimirse en seguida hácia su terminacion; y uno de los sugetos cuya observacion tengo á la vista, presentó la notable circunstancia de que, á pesar de no arrojar ningun líquido, le atormentaban frecuentes ganas de orinar. En dos casos llegó á derramarse *involuntariamente* la orina al terminar la enfermedad, despues que en uno habia permanecido natural hasta entonces, y suprimida en el otro.

A los síntomas precedentes se agregan *fenómenos nerviosos* muy notables, y ninguno tanto como los *calambres*, que dan á esta enfermedad un carácter enteramente particular. Cuando es muy violenta, vienen, como hemos visto, desde la invasion misma; en los demas casos, no se manifiestan hasta pasada una hora y, aunque es raro, tres, cuatro ó cinco dias.

Aunque *violentísimos* por lo comun, algunas veces *no lo son mucho* en el principio de este período. Cuando traen suma intensidad se estienden rápidamente por todos los miembros y aun por todo el cuerpo; y en los demas casos principian, bien en las pantorrillas, bien en los pies, para estenderse en seguida á los miembros superiores, y en ocasiones al epigastrio ó á todo el abdomen. Abúltanse y endurécense los músculos, elévanse en el abdomen eminencias que ocupan principalmente los músculos rectos, y viene una ansiedad viva; ansiedad y angustias que á veces son tan intensas, que, como mas adelante veremos, sacan al enfermo del mas profundo sopor.

Los calambres, en vez de persistir con la misma violencia durante todo el período de que se trata, es lo comun que disminuyan á medida que se aproximan los enfermos al término fatal, á ese período llamado por Gendrin *asfixico* ó al de *reaccion*. Aun es mas: en siete casos cesaron del todo en medio de este período y no por una simple coincidencia; porque en otros dos desaparecieron completamente al fin, y en tres disminuyeron mucho de violencia. Por último, habiéndose contenido en un sugeto hácia la mitad del período, reaparecieron con bastante intensidad poco antes de la muerte.

La *cefalalgia* es síntoma que ha fijado mucho la atencion, y sin embargo entre treinta y tres sugetos no se encuentran sino once que la hayan padecido, violenta tres tan solo, y dos de estos en la region frontal. La cefalalgia, fenómeno que tambien caracteriza especialmente el principio de este

período, solamente ha persistido hasta el fin en cinco sugetos, con alguna violencia nada mas que en uno, y habiendo disminuido notablemente en los demas. Ya llegaremos á encontrar este síntoma en el período de reaccion.

Tambien merece ser examinado el estado de los *sentidos*. Por lo comun no se observan ni *vértigos*, ni *aturdimientos;* y si bien podemos, como se ha dicho, tener en cierto número de casos estos síntomas por fenómenos precursores, tambien lo es que se disipan con mucha prontitud.

El estado de la *vista*, por el contrario, tiene en unos cuantos casos algo de particular. Oscurecida á veces desde el principio, lo está con mucha mas frecuencia en el curso del período álgido. Este síntoma se ha manifestado efectivamente en diez de los treinta y seis sugetos cuyas observaciones analizo, habiendo persistido en los mas hasta el fin del período, recobrando su integridad en dos, y oscureciéndose notablemente en otros tantos despues que se habia conservado íntegra hasta dicha época. Tres sugetos percibieron un fenómeno notable; el uno veia azules los objetos; ora negros, ora encarnados el otro; y el tercero tenia una verdadera *diplopia*; fenómenos á los que se parecen otros que citan los autores.

En cuanto al *oido*, siempre ha permanecido fino, y, si no respondian prontamente los enfermos, era á causa de estar soporosos y no por sordera; que en cuanto cesaba el sopor aparecia íntegro. Si los autores dicen que la sordera es síntoma del cólera, creo que ha sido por atenerse á casos escepcionales. Algunos sugetos (seis) padecian *tintineos* y *zumbidos de oido*, y este fenómeno persistió desde el principio hasta el fin de este período.

Imposible es que síntomas tales como los que describimos, no determinen un *malestar* mas ó menos notable; malestar que algunas veces llegó á producir ansias tan atormentadoras, que unos cuantos enfermos, y entre ellos una mujer cuya observacion tengo á la vista, deseaba la muerte. Al mismo tiempo se observa una *agitacion* mas ó menos viva, que por lo comun viene con alternativas, causada casi siempre por la aparicion de los calambres, como no podremos dudarlo cuando se han observado los sugetos en medio del sopor.

Este *sopor*, fenómeno de los mas importantes y casi constantes en dicho período, rara vez se manifiesta en la invasion de la enfermedad ó al principio del álgido: nunca viene hasta que ya llevan algun tiempo de haberse manifes-

tado los primeros síntomas violentos del cólera. Interrumpido siempre á causa de los calambres violentos, en algunos casos es ligero y en muchos tan profundo, que los sugetos se muestran insensibles á cuanto les rodea. Sin embargo, no es muy dificil sacarles de semejante estado, bien preguntándoles, bien moviéndoles; y entonces son lentas sus respuestas y bien pronto vuelven á caer en el mismo entorpecimiento. Dos sugetos de aquellos cuyas observaciones analizo, se hallaban en un estado digno de llamar la atencion: en una *inmovilidad* completa hácia el fin de este período y poco antes de morir.

Pero lo mas notable es que muchos sugetos conserven la *inteligencia* en medio de síntomas tan graves: entre todos ellos no hubo mas que nueve que la tuviesen algo alterada, pero alterada levemente, como vamos á ver. Delirio no hubo en ninguno de ellos; dos tan solo estaban como aturdidos; uno *indiferente*, y mucho, en cuanto al fin de la enfermedad; la fisonomía de otro retrataba el idiotismo, y en los demas no se observaba ninguna otra cosa mas que la *lentitud en responder* de que ya he hablado, procedente mas bien que de una verdadera alteracion, del abatimiento, de la opresion de las facultades intelectuales. Y ¿no tendrá quizá gran parte en la lentitud de las respuestas, la fatiga que se hace pasar á los enfermos con el interrogatorio?

Las *fuerzas* no decaen regularmente desde la invasion: lo general es que estén disminuidas de un modo notable al principio de este período, pero no hasta el punto de obligar á los enfermos á que se acuesten, á no requerirlo los demas síntomas; al concluir el período están, por el contrario, tan aniquiladas en unos cuantos casos, que cuesta mucho trabajo el menor movimiento, y que como ya hemos visto hay sugetos que tienen que guardar una inmovilidad completa. Alguno que otro siente, á falta de calambres, *quebrantamiento de miembros*, y enfermos hay tambien que padecen, ya al principio, ya al fin de este período, algunas *lipotimias* pasajeras.

De parte de la *respiracion*, encontramos fenómenos dignos de llamar la atencion. *Alta* y *penosa* por lo comun, *incompleta* á veces, la respiracion es muchas veces notable por su *frecuencia*; y así es que en los mas de los sugetos en que se ha atendido á esta funcion habia de veinte y seis á cuarenta inspiraciones, y estaba tan acelerada en uno que hacia cincuenta inspiraciones por minuto. La respiracion continúa casi siempre en semejante estado hasta el fin de este período, y aun á veces va aumentando de frecuencia.

No pocos sugetos sienten cierto grado de *opresion*, síntoma que se ha encontrado en diez y ocho casos por treinta y uno en que se buscaba. Esta opresion, á veces escesiva y de tal naturaleza que constituye el síntoma de que mas se queja el enfermo, está ordinariamente en relacion con la frecuencia de las inspiraciones. Hay casos, sin embargo, en que es profunda, aunque poco numerosas aquellas, como principalmente era de notar en el caso, pero escepcional, de un sugeto que no respiraba sino diez veces por minuto. Dicha opresion va por lo comun aumentando hasta mediar este período, y, no en todos los casos, hasta el fin de él.

Recordemos ahora que algunos enfermos se quejan muchísimo de lo que toda presion del epigastrio (aun la mas ligera) aumenta su opresion.

La respiracion está á veces *suspirosa*, mas raramente *suspendida* por momentos, y en un estado que se halla en relacion con la gravedad de la enfermedad. En uno de los sugetos cuyas observaciones examino, se oyó *estertor traqueal* en los últimos momentos; en otros, *estertor crepitante* ó *subcrepitante* en varias partes del pecho; cuyos signos anunciaban, bien la presencia de algunos *tubérculos*, bien la invasion de una *pulmonía*.

La *voz*, sufre tales modificaciones que no solamente choca al médico, sino tambien á los asistentes. Muy debilitada á veces desde la invasion, lo está constantemente al principio del período de que se trata. En unos cuantos sugetos (ocho) viene desde este momento una *afonia* completa ó casi completa, que continúa hasta el fin de dicho período, bien termine por la muerte la enfermedad, bien recobre la voz mas ó menos pronto su timbre natural en cuanto se establece el de reaccion. Cuando la voz no está mas que débil, parecen fingidos los sonidos, y si hay afonia, *habla trabajosamente* y callandito el enfermo, y algunas veces parecen las palabras como *sopladas*.

No es muy raro ver, aun en los casos en que se halla muy alterada, que tome la voz por momentos *cierta fuerza*; esto es lo que principalmente se ha observado cuando dan gritos los enfermos. La estincion de la voz, por consiguiente, procede de la opresion de las funciones respiratorias, opresion que puede ser vencida por movimientos enérgicos.

De parte de la *circulacion*, se observan tambien síntomas muy graves. Al principio del período está debil el *pulso*, comunmente contraido, á veces filiforme, y en alguno que otro

caso insensible ó casi insensible. Estos caractéres crecen á medida que la enfermedad aumenta; de modo que en la mitad del período, se halla pequeño y miserable, dado caso que todavía pueda sentirse, y que casi en todos los sugetos no sea asequible al fin del mismo, distinguir las pulsaciones en todos los puntos accesibles de la arteria radial, vaso que casi siempre es fácil de deprimir. De los treinta y seis sugetos á que principalmente nos referimos, tan solo uno tenia algo duro el pulso; en otro hubo de notable que, imperceptible desde el principio en un lado, se sintió en el otro hasta el fin de la enfermedad; y en los pocos casos en que el pulso se conservó algo dilatado en la invasion, no tardó en tornarse pequeño y miserable como en los demas.

Raros son los casos en que observamos algo desigual el pulso, y nunca se ha comprobado la irregularidad verdadera, ni aun en el período mas avanzado. En cuanto al *número de pulsaciones*, aunque siempre mayor que en el estado normal, es sin embargo lo comun que haya poca frecuencia; debiéndose considerar como un hecho enteramente escepcional, el del sugeto cuya arteria daba ciento cuarenta y ocho pulsaciones. El número de estas varía ordinariamente entre setenta y dos, ciento ocho ó ciento diez. La frecuencia permanece casi normal en el curso del período de que se trata: unas veces aumenta algo al fin, otras por el contrario disminuye, y toda la diferencia de estos cambios se reduce á unas diez pulsaciones.

Cuando está imperceptible el pulso radial, aun podemos sentir las *pulsaciones de la arteritis carótida*, muy débiles entonces, y en relacion con la gravedad de los demas síntomas y con los *latidos del corazon*.

La circulacion en este período, y principalmente en una época bastante avanzada, se halla tan profundamente alterada, que si sangramos á los enfermos cuesta por lo comun *mucho trabajo hacer que corra la sangre*, y á veces es *absolutamente imposible su salida*. Las sanguijuelas, por el contrario, prenden bastante bien á no ser que el sugeto esté muy próximo á morir, y es bastante fácil y abundante el derrame sanguíneo correspondiente á las picaduras.

La sangre estraida por las sangrías, objeto para los autores de una descripcion delicada, está negra, desprovista de gran parte de suero y por lo comun parecida como se ha dicho al helado de grosellas muy maduras. En un caso cuya observacion tengo á la vista, se hallaba cubierta de una costra gruesa, de aspecto gelatinoso, sin que en la autopsia se

viera inflamacion ninguna intercurrente que pudiese esplicar este fenómeno.

El *color* que toma el cuerpo consiste indudablemente en dicho estado de la circulacion Los enfermos tienen desde luego lívidas, azuladas las estremidades; cúbrese despues su rostro del mismo color, que se advierte principalmente al derredor de los labios y en la nariz; cuello, en fin, y pecho se tornan azules ó violáceos, y á tanto llega á veces la lividez, que todo el cuerpo tiene un color subido, como se observó, cual en ningun otro caso, en el que ahora examino, respecto á un color general azul aplomado.

Al mismo tiempo baja la *temperatura* del cuerpo; descenso que por lo comun principia por la cara y por las estremidades superiores, que regularmente están descubiertas. La frialdad se siente en el rostro, principalmente hácia sus partes centrales; despues se propaga por las estremidades inferiores, y se observa, en fin, en ciertos casos un frio general grandísimo designado en una observacion que leo con el nombre de *frio glacial*. Algunas veces, así como lo esperimentó Louis, siente el observador mas frio en el enfermo, que si aplica la mano á la plancha de hierro de la cabecera de la cama. Este enfriamiento sigue la marcha de los síntomas: cuando por cualquier medio se logra detener los vómitos y la diarrea, no es raro que vuelva al momento el calor, y aun elevándose á veces por encima del normal, volver á dejar entrada al frio en cuanto se reproducen los síntomas intestinales. Habiéndose hecho *esperimentos termométricos* acerca de este descenso de temperatura, no se ha obtenido ningun dato mas importante que el de no haberse dado ni un solo ejemplo de curacion entre los casos en que la temperatura de la superficie del cuerpo bajó de 19 grados Réaumur.

La *piel* presenta ademas el fenómeno notable de perder mas ó menos parte de su elasticidad. Si se forma un pliegue en una parte del cuerpo, y principalmente en el cuello, donde es flojo el tejido celular, se deshace con mucha mas lentitud que en el estado normal; y aun de un caso sé en que la piel conservaba la impresion de los dedos, á pesar de no existir ningun signo de edema.

La *sensibilidad cutánea* suele estar notablemente debilitada. Tres sugetos no daban muestras sino de poco dolor, ó no sentian ninguno aunque se les pellizcase con fuerza.

La piel no ofrece por lo comun, como era de esperar de tanta evacuacion serosa, sequedad particular. En unos

cuantos casos, por el contrario, hay *mador*, ordinariamente *frio*, á veces viscoso, en la parte superior del tronco y en los brazos; fenómeno que no será tan constante como algunos autores pretenden, al ver que entre treinta y seis sugetos á que me refiero, no se observó sino en nueve. Por último, en el período de que se trata nunca ha habido sudores muy abundantes.

Aunque perciba el médico mucho frio, es raro que le tengan los enfermos en tan alto grado. No hay mas que diez y ocho casos en que se quejaron en una época mas ó menos avanzada, del frio que sentian; pero este frio no ha sido general é intenso mas que en dos de ellos, y en los demas estaba limitado á los pies ó á las manos, y no daba lugar á que se quejasen de él tanto como de la mayor parte de los síntomas descritos. Al período álgido no han llegado nunca los *escalosfrios*.

La *cara* suele hallarse con frecuencia alterada espantosamente. Estando ya bastante adelantado este período, se chupan los carrillos, se afilan las facciones y se hunden los ojos; pero de tal suerte, que en algunos casos queda desconocido el sugeto de la noche á la mañana. Tambien hay algunos sugetos cuya fisonomía tiene retratado el dolor violento ó el malestar que coincide con la intensidad de los calambres, ó bien un abatimiento mas ó menos profundo, que es signo de una gran debilidad general.

El *hundimiento de los ojos* ha sido síntoma comun á todos los sugetos, y á veces observado muy poco despues del principio ó en la invasion misma. Aunque de este hundimiento se ha dicho que coexiste con un estado de *sequedad notable de la conjuntiva*, y con pliegues y *pérdida de trasparencia en la córnea*, los hechos de este género no son ni con mucho los mas comunes, y desacertado seria formar de ellos la regla general.

Los ojos, húmedos en el principio del período, y aun á veces lagrimosos, están brillantes aunque no inyectados, como en el período de reaccion, y suelen tener una espresion de languidez que coincide con una debilidad profunda. *Ojeras* tan solo un sugeto las tuvo, y ya muy cerca de la muerte; y en cuanto á las demas particularidades que pueden ofrecer estos órganos, no tengo mas que decir, sino que en un caso estaban los párpados tan contraidos que costaba mucho trabajo abrirlos, y que en otros dos, habia estrechez bastante manifiesta de la pupila.

Esta es, ateniéndome á observaciones exactísimas y no á

un exámen general parecido al que ha servido á los autores para trazar los mas de los artículos, la descripcion de dicho período, indudablemente el mas terrible y en el que han muerto muchos mas enfermos, en el curso de las epidemias cuya historia poseemos. Cuando el enfermo ha de sucumbir, se entorpece cada vez mas la circulacion, progresan el abatimiento y el sopor, y llega la muerte sin traer grandes trastornos. Estos últimos síntomas, notables por el entorpecimiento en la circulacion y en la respiracion, son los que han dado márgen á que se quiera formar un período particular bajo el nombre de *período asfíxico.*

3.° *Período de reaccion.* No creamos que este período forma parte constituyente esencial del cólera, como es de figurar por la descripcion que trazan los autores; porque consultando las observaciones, se echa de ver que en un buen número de casos termina el período álgido restableciéndose gradualmente el estado normal sin que haya exageracion vital en el modo de reanimarse las funciones. El pulso se dilata poco á poco; el calor normal principia á volver por el tronco y se estiende á las estremidades y al rostro; tórnase la respiracion gradualmente mas fácil, y bien pronto está del todo bueno el enfermo. Aquí es evidente que no hay ninguna reaccion; y como en la mayoría de los casos sigue la enfermedad este curso, aun en lo fuerte de la epidemia, resulta que este período, aunque muy importante de conocer, no es sin embargo tan indefectible como se ha creido.

La reaccion ha sido dividida en muchísimas especies, segun los síntomas predominantes que la caracterizan: de aquí el que los redactores de la *Gazette Médicale* hayan admitido *formas inflamatoria*, *adinámica*, *atáxica* y *comatosa.* Pero ¿quién no ve, si analiza con esmero los hechos, que tales formas no son sino simples gradaciones que indican mayor ó menor gravedad en los fenómenos, pero que no cambian de ningun modo su naturaleza? Aun mas insignificante es la division admitida por Magendie, pues que no podemos sacar ninguna consecuencia de tal cual valor acerca de la terminacion probable de la enfermedad. Dejemos, pues, de esponerla minuciosamente, que ya diremos algo de ella mas adelante.

El restablecimiento de la circulacion y del calor es el carácter principal de dicho período de reaccion. El *pulso*, que por tanto tiempo estuviera filiforme, toma muy rápidamente amplitud, y se torna duro y mas frecuente. Si entonces se sangra al enfermo, corre con facilidad la sangre y forma un

coágulo que nada en una gran cantidad de suero, y tanto mejor formado cuanto mas dista ya el principio del período. Gendrin (*loc. cit.*) ha notado que el coágulo era poco firme y azulado en cierto número de casos; que sobrenadaba; que habia aumentado la cantidad de suero; y que hay costra, bien contínua, bien formando isletas diseminadas.

La *respiracion* recobra actividad, son mas llenas las inspiraciones y á veces en mayor número que en el período álgido.

El *calor* vuelve, y aun llega á ser considerable cuando es viva la reaccion. Entonces es cuando vienen sudores mas ó menos abundantes; sudores que algunos autores han creido que son críticos, pero que en realidad no han coincidido de preferencia con ninguna terminacion.

A veces vienen tambien algunos *vómitos amargos*, con menor frecuencia cámaras líquidas, y muy á menudo una *constipacion* que puede durar muchos dias. Las materias depuestas recobran del todo el olor fecal, y entonces se ha notado tambien cierto grado de meteorismo, y la espulsion de gases intestinales fétidos.

Las orinas vuelven á tomar su curso, y, cuando el movimiento febril es intenso, ofrecen los mismos caractéres que en las fiebres violentas. Al mismo tiempo cambia el color general, y entonces es cuando se torna encendida la cara, se inyectan los ojos, y viene un *lagrimeo* mas ó menos abundante.

La *cefalalgia*, fenómeno de los mas notables de este período, suele á veces ser molestísima y casi siempre consiste en un dolor gravativo general, mas profundo en la region frontal.

Vienen, por último un resto de *debilidad*, y un poco de *insomnio* y de *agitacion* por la noche á completar estos síntomas, que no son, como vemos, sino el resultado de esfuerzos que hace el organismo para restituir á las funciones su actividad normal.

No es muy raro que en el curso del período álgido se manifiesten algun calor y un poco de cefalalgia, que luego ceden su puesto á síntomas parecidos á los que precedieron, y esto es lo que se ha llamado *reaccion incompleta*; denominacion poco exacta, puesto que en otros casos son seguidos de una curacion perfecta los mismos fenómenos y en el mismo grado.

Cuando los síntomas febriles llegan á ocasionar delirio, agitacion, insomnio, etc., se dice que hay *reaccion atáxica*

ó *tifoidea*, máxime si se notan fuliginosidades en los dientes y sequedad de lengua, fenómenos que en estos casos se presentan como en todas las fiebres violentas. Pero dejémonos de insistir en estos pormenores, que no tienen verdadero valor patológico.

Despues de durar indeterminadamente dichos síntomas, calman poco á poco, como en cualquiera fiebre, ó bien hacen progresos que abren la tumba al enfermo. Entonces es cuando vienen los síntomas atáxicos de que hemos hecho mencion, los saltos de tendones, el sopor, el coma, en una palabra la exageracion de los fenómenos morbosos que caracterizan este período.

Casos hay, y no pocos, en que no es dable esplicar la aparicion de estos síntomas febriles, sino por la violencia de la reaccion misma; pero en otros vienen *inflamaciones* que pueden ser la causa principal del movimiento febril, ó por lo menos darle el primer impulso; inflamaciones que generalmente residen en el parenquima pulmonal. Tambien veo entre las observaciones que he reunido, que como causa de reaccion vienen á incorporarse á las que naturalmente hay en la enfermedad, cierto grado de *bronquitis*, una *angina* leve, *erisipela* al rededor de las picaduras de las sanguijuelas, *abscesos* y *ulceraciones* en los párpados, un *infarto* mas ó menos graduado *de las glándulas parótidas*, ó una *erupcion* que segun los autores del *Compendium*, le da Cullerier la naturaleza del sarampion. Tambien pueden aparecer en la superficie de la piel esflorescencias que anuncian el aumento de actividad de la circulacion. Pero estos fenómenos no tienen sino importancia secundaria.

Tambien se ha notado que al recobrar los músculos su estado habitual, suelen tener contracciones particulares, especies de palpitaciones; con cuyo motivo dió Magendie el nombre de *reaccion fibrilar* á la que trae este síntoma ligero.

En las observaciones que he reunido se encuentra un hecho digno de nuestra atencion y de que le mencionemos ahora. En vez de estar caracterizado por síntomas contínuos el período de reaccion, tomó una forma *intermitente* bien manifiesta, y todos los dias habia un acceso febril con calofrio inicial, que cedió muy luego al sulfato de quinina.

Veamos, aunque muy de paso, las lesiones que se han considerado como *complicaciones* del cólera. Dudoso parece que lo sean la *congestion pulmonal*, las *pleuro-neumonias* y las bronquitis que vienen en el curso de esta enfermedad,

cuando se considera que su aparicion está bajo la influencia de los síntomas generales enteramente propios del cólera: mas bien son simples *lesiones secundarias*. En cuanto á la *gastro-enteritis* y *afecciones cerebrales* que pueden aparecer en el período de reaccion, son propiamente hablando síntomas de la misma reaccion.

Pero siendo frecuente que venga el cólera en el curso de otra afeccion, se ha tratado de saber qué influencia ejerce en la marcha de la enfermedad primitiva. Nosotros creemos que á pesar de lo interesantes que son muchas observaciones publicadas acerca de este punto por Duplay (*Arch. gén. de Méd.*), carecemos aún de hechos capaces de suministrarnos condiciones definitivas.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El cólera *marcha* por lo comun rápidamente, sobre todo al principio de las epidemias; circunstancia digna de atencion, porque establece un punto de contacto entre esta enfermedad y todas las demas epidemias. Los síntomas tienen un curso contínuo, principalmente en el período álgido, y no interrumpido sino en alguno que otro caso, por alivios pasajeros. Las evacuaciones abundantes no son casi nunca la primera señal, y tras ellas vienen los síntomas nerviosos, las alteraciones de la respiracion y las consiguientes de la circulacion.

En cuanto á la *duracion*, encontramos datos importantes en la *noticia de la comision*. No obstante que por lo comun varía entre algunas horas y uno á dos dias, no es muy raro que se prolongue á cuatro, cinco, ocho y diez dias. Pero esta duracion está subordinada á la época de la epidemia en que acomete la enfermedad; así se observa es mucho mas corta en la invasion de aquella y en el principio de las *recrudencias*. En la Memoria que acabo de citar se encontrarán detalles acerca de este particular.

No sé cómo admitir con Gendrin, que siempre termina por *crisis* ó *metástasis* la enfermedad: ni un hecho existe que pruebe que realmente son *críticos* los fenómenos llamados así. Y en cuanto á las metástasis, es hecho que si posible fuera está menos probado.

El período álgido es, como mas arriba dejo dicho, la época en que mas frecuentemente viene la muerte á terminar la enfermedad. No es raro ver que persistan por mucho tiempo varios fenómenos, á veces muy molestos, despues de disiparse los síntomas principales, fenómenos que unas veces

son nerviosos como la agitacion, desvaríos nocturnos, algun tanto de insomnio y una preocupacion mas ó menos fija acerca del estado de su salud; otras veces desórdenes digestivos, como la disminucion del apetito y la constipacion; y en ocasiones dolores de estómago, verdaderas gastralgias, que en concepto de Barras han sido, como llevo dicho (artículo *Gastralgia*), incomparablemente mas frecuentes durante el cólera. Y tanto persisten estos síntomas, que ciertos enfermos no pudieron librarse de ellos en muchos meses despues de la curacion.

A veces ha sucedido que creyéndose curados algunos enfermos, y no conservando sino desarreglos intestinales leves, volvieron demasiado pronto á sus hábitos, y tuvieron otra vez el cólera, ó sea una *recaida*. Y tambien se cuentan algunos á quienes volvieron todos los síntomas despues de una curacion completa: esto es, padecieron una *recidiva*. Los casos de este género no son frecuentes.

¿Diremos, con algunos autores, que hay tanta mas esposicion á contraer el cólera, cuanto mas violento ha sido la vez primera? No hay hechos incontestables que apoyen una proposicion del género de las que no deben establecerse si no resultan del análisis exacto de observaciones numerosas.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas propias del cólera dan mucho que pensar á los autores que han escrito de esta materia. Verdad es que quizá no exista particularidad de que no se haya hecho mérito; pero cuando examinamos detenidamente las observaciones, se conoce al momento cuánto se ha exagerado el valor de algunas alteraciones cadavéricas, que otras han sido generalizadas demasiado, y algunas han sido mal interpretadas. Principiemos por esponer las lesiones de las vias digestivas, asiento principal de la enfermedad.

El *estómago* es raro que haya aumentado mucho de volúmen, no obstante que, como se observó en cuatro sugetos de entre treinta y cinco, cuya escrupulosa autopsia tengo presente, se le ha visto con doble y aun mas capacidad. Tambien es raro que disminuya de volúmen: entre treinta y cinco sugetos no hubo mas que tres que lo tuviesen modificado de esta suerte, y nos referimos á una época en que aproximándose los síntomas de reaccion, tenia que disminuir ó aun suprimirse la exhalacion serosa de la superficie del estómago. En todos los demas sugetos conservó este órgano su volúmen natural, ó estaba algo mas abultado.

El estado de estómago guarda relacion con la abundancia del líquido que contiene; y digo líquido, porque rara vez encierra bastantes gases. Dicho líquido presenta, segun los sugetos, algunas diferencias que importa conocer. Verde, verde-amarillento, ó gris por lo general, á veces es rojo, ó color de heces de vino; fenómeno comprobado por los mas de los autores, y que se ha encontrado en cinco sugetos de aquellos cuyas observaciones tengo á la vista. Este líquido, mucho mas frecuentemente turbio que sin color, corre como el agua en los mas de los sugetos, al paso que en algunos es, por el contrario, espeso, á causa de una sustancia mucosa, de que vamos á hablar.

El *moco*, poco abundante por lo comun, tiene dos aspectos diferentes. En efecto, hay casos en que no contiene mas que algunos copos blanquecino-verdosos, ó mas rara vez agrisados y parecidos al arroz cocido; y otros en que, falten ó no estos copos mucosos, se encuentra una sustancia mas ó menos viscosa, por lo comun adherente, algo abundante y que muchas veces cuesta trabajo desprender de la mucosa con repetidas lociones; sustancia que pone á veces muy untuoso el líquido contenido en el estómago, y parecida á la clara de huevo. Pero todo depende de la cantidad del líquido seroso y turbio que á un mismo tiempo contiene el estómago.

En uno de los casos que analizo ofrecia el líquido un aspecto muy notable, con motivo de haber en su superficie unos como globulitos de grasa líquida, parecidos á lo que en el caldo se llama *espéjuelos*. El estómago de otro contenia una corta cantidad de sangre pura líquida, que parece ser producto de la exageracion del estado en que encontramos de color rojo y heces de vino el líquido, á causa de haberse mezclado la sangre exhalada con una gran cantidad de cualquier materia. En fin, á pesar de los muchos vómitos, se han solido encontrar, aunque rara vez, en medio del líquido gástrico, alimentos mal digeridos.

Los esperimentos hechos sobre este líquido han demostrado que es fuertemente alcalino, y contiene una escesiva proporcion de albumina; en una palabra, que contiene los elementos principales del suero de la sangre (véase Lassaigne, Thése, París; y Hermann, *Méd. chir. Review.*; 1832, etc.)

Si pasamos á examinar las paredes del estómago, el color es lo mas notable que en ellas encontramos, siendo en efecto raro que la mucosa conserve el que es natural. Cubierta por lo comun de un rosa lívido ó pálido, ó bien blanco azulado, ya en toda su estension, ya, y es lo mas frecuente, en uno ó

muchos puntos, á veces está amarilla, fuliginosa, ó, lo que es mas raro, color de tela de cebolla. Pero no hay ninguno tan frecuente como el color rosado ó lívido. En los casos que se examinó el tejido submucoso, se encontró la causa de esta coloracion en una inyeccion venosa mas ó menos considerable, al paso que la mucosa misma no presentaba en su espesor ningun vaso desenvuelto, y únicamente tenia en alguno que otro caso un salpicado rojo no muy estenso.

Las alteraciones de esta membrana casi no consistian mas que en cierto grado de reblandecimiento, que por lo general ocupa el fondo mayor, estendiéndose, pero no muchas veces y poco, á otras regiones, y en un mamelonamiento bastante frecuente que ocupa algunas porciones de la misma mucosa. Tambien puede hallarse tan reblandecida que se desprenda como moco. El asiento de esta lesion, y el no haber ninguna otra concomitante, no permite atribuirla á una inflamacion verdadera.

Casos hay tambien de haber encontrado en la mucosa gástrica algunos puntitos salientes, blanquecinos, bastante parecidos, á los que vemos en los intestinos y esófago. Entre todas las observaciones que analizó, no hay mas que una en que se diga que estaba algo engrosada.

Los intestinos delgados se hallan por lo comun mas abultados, principalmente en los puntos donde hay mayor acúmulo de líquido, ó sea en la parte inferior del íleon; aumento de volúmen que es raro proceda del desarrollo de muchos gases. Mas téngase entendido que casi nunca han presentado doble volúmen. Dalmas, en particular (*loc. cit.*), indica una especie de sensacion producida por el contacto de los intestinos, sensacion semejante á la que se obtendria tocando un cuerpo pastoso; pero este carácter no es propio ni con mucho de todos los casos.

Los intestinos presentan las mas veces esteriormente una rubicundez subida, sobre todo hácia el íleon, color que ya veremos es efecto de la inyeccion mas ó menos abundante de sus paredes.

En el interior contienen un líquido que, idéntico en esto al del estómago, se compone de dos partes distintas, y que en el mayor número de casos se diferencia, segun que se le examina en la parte superior, media ó inferior del conducto intestinal. Considerado en general, en la parte superior, es las mas veces gris, amarillo, amarillo-verdoso ó blanco el líquido; algunas veces rosado ó algo rojo, y casi nunca lívido. En la porcion segunda es lo frecuente que se torne lívido,

color de lila, y á veces hasta azulado; y en la porcion tercera es aún mas comun que esté lívido ó color de lila, y en algunos casos achocolatado, como se dice en una de las observaciones que á la vista tengo.

El líquido tiene tambien diferente densidad, segun la parte que ocupa de las tres que hemos indicado. En la primera es de por lo comun espeso, de aspecto lechoso, y nunca corre como el agua, aunque esté muy flúido. En la porcion segunda, por el contrario, no obstante que se conserva turbio y ofrece color que mas arriba hemos dado á conocer, la materia está mucho mas líquida, y en algunos casos corre ya como el agua. Finalmente, en las últimas porciones del conducto intestinal es notable esta materia las mas veces, por su fluidez, y en ocasiones por una transparencia desconocida en el tramo primero.

La materia mucosa participa de los diversos colores del líquido: en ocasiones es muy notable el color azulado que tiene; en otras ha tomado un tinte de lila rosado ó rojo que le dá un aspecto particular. El moco, á modo del líquido que le contiene, pierde tambien su densidad, al menos en los mas de los casos, á medida que nos aproximamos al fin de los intestinos delgados, y así es que entonces corre como suero. Además del que se encuentra en estado libre en el líquido intestinal, no es raro encontrar una capa de él mas ó menos adherente á la superficie de la mucosa, que es lo que en efecto se observó en mas de la mitad de los sugetos en que se buscára. En uno era notable una infinidad de filamentos mucosos que se habian reunido en masa y se parecian á un paquete de musgo.

A menudo tienen tambien los varios colores ya mencionados, unas partículas mucosas mas ó menos abundantes, suspendidas en el líquido intestinal, que por lo comun se parecen al arroz muy cocido y deshecho, y son de la misma materia que durante la vida las cámaras. A veces tienen enteramente el aspecto de copos. En un caso formaba el moco en la superficie de los intestinos una especie de seudo-membrana, y en otro se desprendian filamentos que nadaban en el agua y parecian *hebrillas*.

Hay casos, en fin, en que se han encontrado particularidades notables. El líquido espeso y blanco estuvo en un caso mezclado de tal manera con burbujas de aire, que se parecia á los huevos batidos; particularidad que, como todas las de su especie, no es de muchísima importancia. A veces se han encontrado tambien lombrices.

En no pocos casos tiene la superficie interna de los in-

testinos el color correspondiente al de los líquidos que contienen, y el lívido, rojo, rosado y negruzco en el tramo último, con mas frecuencia que ningun otro. Pero á veces se observa un color uniforme en todo el conducto intestinal, no obstante que sea diferente el del líquido; así es que en dos sugetos hubo en todas partes un color azulado, y en otros estaba pálida ó blanca la superficie interna de las tres porciones dichas. En cuanto al tinte negro, no se ha observado sino en un caso entre treinta y cinco, y solamente en la parte inferior del conducto; y tocante al color rojo uniforme, no ha sido mas frecuente.

Solo un exámen poco detenido puede hacer creer, como á casi todos los autores, que estos colores diversos se hallan en la mucosa misma: el color, en los casos que tengo á la vista, es indudable que procedia de la inyeccion del tejido submucoso y de cierto grado de imbibicion de la sangre que trasudára. En efecto, examinado el tejido submucoso, se encuentra en él una inyeccion, á veces uniforme, pero por lo general tanto mas considerable, cuanto mas se aproxima al ciego; inyeccion donde se encontraban los principales matices espuestos mas arriba, ó sean el rosa lívido, el lívido y el negruzco, que en ocasiones llegó al grado de una verdadera infiltracion; y de aquí equímosis manifiestas, y á veces un principio de destruccion del tejido submucoso.

La membrana mucosa, conserva por otra parte casi siempre su consistencia natural: entre treinta y cinco casos no hay sino dos en que estuviese algo reblandecida, y eso en poca estension. A veces presenta tambien cierto grado de engrosamiento, que por lo general está en relacion con la dilatacion que causan los líquidos en los intestinos, como efectivamente se veia en ocho casos de once en que era evidente esta alteracion, y correspondiendo precisamente á los puntos mas dilatados. ¿Será causa esta dilatacion del engrosamiento de la mucosa? Lo poco que dura la enfermedad hará decidirse á primera vista por la negativa; pero la esperiencia ha probado que basta muy poco tiempo para que los órganos huecos, distendidos, por líquidos ó por gases, engruesen bastante sus paredes. Mas factible es en los casos que no se ha encontrado coincidencia entre el engrosamiento y la dilatacion, que, habiéndose vaciado los intestinos hácia el fin de la enfermedad, haya quedado en la mucosa alguna hipertrofia que no tuviera tiempo de disiparse.

Para ocuparnos de los folículos aislados que frecuentemente se presentan en esta afeccion, materia de que se ha

hablado mucho, esperaré á describir los intestinos gruesos, donde tambien se encuentran.

Se ha hablado, en fin, no sin motivo, de ulceraciones, lesion que sin embargo carece de verdadera importancia. En dos casos, cuyas observaciones tengo entre manos, se presentaron á la parte esterna de las chapas de Peyer y sin caractéres particulares. En un sugeto fué bien comprobada la existencia de tubérculos en los pulmones, y ella dió cuenta de esta alteracion; siendo por tanto de sentir que no se mencionase el estado de los pulmones del otro.

Las chapas de Peyer no han presentado nunca verdaderas alteraciones. Resaltando comunmente por su color blanco ó agrisado en el fondo encendido del intestino, conservan su consistencia, y es raro que formen eminencias, insignificantes por cierto.

Los intestinos gruesos, á modo de los delgados, presentan diferencias, segun que examinemos al primero, al segundo ó al tercer tramo. Aumentando de volúmen con mucha mas frecuencia que los delgados, reciben tambien en mas casos un acúmulo de gases, especialmente si ha habido principios de reaccion; gases en que Magendie vé un signo de mejoría. Los intestinos gruesos pueden tener duplicado y aun triplicado su volúmen, principalmente si durante la vida hubo meteorismo y acúmulo de gases una vez perdida.

Por lo comun es algo mas espeso que el de los intestinos delgados el que contienen los gruesos: solamente en un caso se vió lo contrario. Corriente muy á menudo poco menos que el agua, y con corta diferencia en casi toda la estension del órgano, es por lo comun turbio, á veces oscuro, lechoso y agrisado, tintes que se encuentran sobre todo en el tercio primero. En el segundo se torna no pocas veces color de lila, rosado, lívido, color de heces de vino, verdoso y en ocasiones achocolatado; y hácia el recto, en fin, son aún mas frecuentes estos últimos colores. Pero no se crea que son rigorosas estas divisiones: yo no me refiero sino al aspecto general del líquido; porque unas veces está todo teñido de heces de vino, lila, etc., generalmente, y en otros casos parcialmente.

Aunque no se halla tan comunmente en los intestinos gruesos la materia mucosa descrita al hablar de los delgados, es sin embargo muy frecuente encontrar todavía nadando en el líquido partículas parecidas al arroz deshecho. En un sugeto se vió una corta cantidad de materia espesa, de aspecto pu-

rulento, y con la notable circunstancia de no encontrarse á su nivel ningun signo de inflamacion de la mucosa.

Reblandecida esta mucho mas frecuentemente que la de los intestinos delgados, lo estaba con particularidad en el tercio primero y en el segundo. Rosada unas veces por todas partes, lívida, gris, blanca agrisada, color de lila, violada, etc., se hacia notable, mas que por todo, por sus frecuentes manchas rojas, violadas, azuladas, parecidas á equímosis, ó en algunos casos apenachadas y con el aspecto de una arborizacion bastante espesa. Estas manchas, verdes en un caso y oscuras en otro, tenian muy reblandecida la mucosa próxima y con un olor gangrenoso fuerte. Alteraciones de este género describen tambien algunos autores.

En los intestinos gruesos es donde principalmente podemos ver con facilidad que dichos colores están en el tejido submucoso y no en la mucosa misma. Y en efecto, en los casos que se encuentra un tinte rojo ó lívido en general, está tambien inyectado generalmente el tejido submucoso; en aquellos que hay, por el contrario, manchas parecidas á equímosis, chapas correspondientes de infiltracion sanguínea se encuentran en el tejido submucoso, y por tanto una verdadera equímosis submucosa. En algunos casos está tan infiltrado dicho tejido, que tiene perdida su cohesion, y se desprende con mas facilidad la membrana mucosa.

Descritas ya las lesiones de los intestinos gruesos, vamos á hablar, como mas arriba ofrecí, de las glándulas de Brunner. Siendo los intestinos delgados donde principalmente se encuentran, hay que notar primeramente que en las observaciones que voy analizando, nunca faltaron en este punto, como las hubiese en los intestinos gruesos. Al paso que hay casos de ser sumamente abundantes y casi confluentes estos folículos en toda la estension de ambos intestinos, no faltan otros, por el contrario, en que son mas ó menos numerosos, segun que se examina esta ó aquella parte. Mas numerosos y mas abultados por lo general hácia el fin del íleon y en el ciego, disminuyen de número y grosor, á medida que nos alejamos de estos dos puntos. Su volúmen varía por lo regular entre un grano de sémola y uno de mijo, si bien es verdad que algunas veces son mas gruesos, hasta llegar á tener, pero esto es raro, línea y media de diámetro.

Segun Dalmas, no se presentan desenvueltos de esta manera los folículos sino en dos casos sobre cinco. En las observaciones que tengo á la mano han sido mucho mas frecuentes, porque de treinta y cuatro casos en que se buscaron, fueron

descubiertos en veinte y nueve. Pero el no faltar nada mas que en cinco casos, no deja de ser razon suficiente para que no juzguemos, con Nonat y Serres, á esta erupcion como lesion esencial del cólera. La existencia de dichos folículos en los intestinos gruesos solamente se ha comprobado en cinco casos.

El esófago casi no presenta de notable mas que el abultamiento, aunque en pocos casos, de algunos folículos mucosos, que por lo general tienen el volúmen de una cabeza de alfiler, y se manifiestan principalmente en la parte inferior del conducto. Una vez, sin embargo, estuvo manifiestamente reblandecida la mucosa esofágica.

Las glándulas mesentéricas no han ofrecido particularidades muy estraordinarias. Aunque algo voluminosas en alguno que otro caso, y á veces con un color que variaba del rosa al lívido ó al azulado, siempre han conservado su consistencia normal, y nunca sufrieron verdaderas alteraciones de estructura.

El hígado no presenta tampoco nada digno de llamar la atencion. Si bien con cierto grado de congestion en pocos mas de la mitad de los casos, y rara vez algo reblandecido, estaba, sin embargo, sano bajo todos los demas aspectos. En cuanto á la vejiga biliar, es lo comun que contenga un líquido bastante abundante, no muy espeso, de un color que varía del amarillo turbio al verde subido, y que tiene todos los caractéres de la bilis. En un caso, sin embargo, se halló en ella una materia viscosa parecida al moco intestinal de que hemos hablado, materia cuya presencia se debe comprobar, conocida por algunos autores, y principalmente por Bouillaud, que descubren en estas mucosidades de los coléricos comunes á muchos órganos alguna cosa específica. En cuanto á la mucosa de la vejiga, esceptuando alguna lividez, nada de particular ofrece.

Ni el hígado ni el páncreas presentan tampoco lesiones que sean mas dignas de mencion. Las únicas alteraciones que en ellos podemos descubrir, se reducen á una ligera congestion y á cierto grado de reblandecimiento.

Otro tanto hay que decir de los riñones, cuya consistencia ha permanecido siempre normal, y no presentan sino alguna inyeccion. En varios casos solamente se ha encontrado en los cálices y pelvis esa materia mucosa que contenian el estómago y los intestinos.

Pero hé aquí que la vejiga presenta alteraciones importantísimas. Muy retraida por lo comun, casi nunca tiene su

volúmen normal sino cuando viene la muerte durante el período de reaccion: en los demas casos es lo regular que no esceda en volúmen del de una pera mediana, y que en vez de orina contenga su cavidad una materia espesa, blanquecina, oscura, de aspecto oleaginoso ó cremoso, parecida á veces al jarabe de horchata; materia que evidentemente no es otra cosa que moco mas ó menos alterado. En aquellos casos en que, por el contrario, conserva la vejiga su volúmen normal, solamente contiene mucha orina, que nada de notable ofrece. En cuanto á las paredes de este órgano, nunca se han hallado verdaderamente alteradas.

Las alteraciones de la sangre de los coléricos es materia en que se ha insistido mucho. No hay ninguno que deje de describir el estado de este líquido, comparado, y entiéndase del que en abundancia llena el sistema venoso, al helado de grosellas muy maduras ó á la resina. Algunos autores, entre ellos Dalmas, llaman principalmente la atencion sobre el estado de vacuidad del sistema arterial; pero esta asercion, como advierte Gendrin, carece de exactitud, porque el ventrículo izquierdo del corazon, la aorta y las artérias voluminosas contienen siempre sangre, si bien no en abundancia, tampoco en muy corta cantidad. De todos modos, el estado de plenitud del sistema venoso es la causa de esas congestiones que, como hemos visto, dan á los intestinos colores tan notables, y que encontraremos en otros órganos y especialmente en los centros nerviosos. En cualquier punto que examinemos las vias circulatorias se presenta la sangre con los mismos caractéres: siempre negra, líquida, sin mas diferencia que la mayor ó menor cantidad de numerosos coágulos pequeños, negros y blandos. En no pocos casos, sin embargo, (catorce entre treinta y cinco) encontramos coágulos fibrinosos, pero comunmente en corta cantidad, poco consistentes, y que por título ninguno admiten comparacion con los que se forman en las flegmasías acompañadas de gran movimiento febril. Dichos coágulos ocupan las mas veces ambos ventrículos simultáneamente, prolongándose por una parte á la aorta, y por otra á la artéria pulmonar. Rayer ha visto que espuesta al aire la sangre de los coléricos, se oxigena con mas dificultad que la de los demas enfermos, á causa de faltarle sustancias salinas, que es sabido favorecen la oxigenacion. De las observaciones microscópicas que se han hecho sobre este líquido, tenemos por resultado que Hermann se ha figurado ver en su superficie glóbulos deshechos; que Donné admite un aumento de viscosidad que les impide deslizarse

fácilmente en el líquido donde nadan, y todo esto sin perder el aspecto normal; y que Capitaine, en fin, les haya encontrado con todos los caractéres normales. Dejemos, pues, este punto. En cuanto á la composicion química de este líquido, asunto de que tanto se ocuparon médicos y químicos, no hay mas que decir sino que los caractéres principales están en la disminucion de albumina, fibrina y parte constituyente del suero, y en un aumento notable de la materia colorante.

El corazon no ofrece cosa ninguna que podamos atribuir al cólera; todas sus lesiones procedian de enfermedades anteriores. Tambien se ha encontrado sano el pericardio, y muy á menudo (en ocho casos) conteniendo una cantidad de serosidad, que varía desde algunas gotas hasta dos onzas. Tan solo en un caso estaba algo viscosa su superficie, fenómeno de que hablaremos al ocuparnos de las pleuras.

En el estado de los pulmones se ha querido encontrar alguna cosa propia del cólera. El doctor J. Brown (*loc. cit.*) dice que siempre les vió llenos de sangre negra, hepatizados ó esplenizados, en contraposicion de otros médicos que afirman que dichos órganos están de un rojo vivo notable, blanduchos, poco crepitantes, y pobres de sangre. Estas aserciones, si ya no inexactas, son al menos exageradas. Entre los treinta y cinco casos que examino se cuentan diez y seis de infarto en las partes declives, ocho de verdadera hepatizacion caracterizada por la densidad, la pesadez y el aspecto granujiento en el corte de la parte afectada, y dos de esplenizacion. En cuanto al aspecto rojo vivo y á los demas caractéres espuestos, solamente se han notado en cinco casos, y en dos de estos nada mas que en un espacio pequeño, al paso que en los restantes estaban mas ó menos engurgitados, hepatizados ó esplenizados.

Las pleuras, húmedas por lo comun y sin coleccion serosa, suelen hallarse notablemente viscosas. Aplicando los dedos á su superficie se desprende, cuando se retiran, una materia filamentosa como la liga; estado de las grandes superficies serosas (que á veces se observa tambien en el peritoneo) respecto del que han cometido algunos autores el desacierto de afirmar que nunca ó casi nunca falta en el cólera.

La laringe no ha presentado nada notable, sino el tener en un caso como apergaminada la epiglotis, y cinco ó seis manchas blanquecinas en otro.

La tráquea ofrecia manchas parecidas en este mismo cadáver, y en alguno que otro se veia algo violada su mucosa. Bouillaud encontró en los bronquios de uno algo de materia

mucosa parecida á la que ya hemos visto en otros muchos órganos.

Habiendo sido examinado escrupulosamente el encéfalo en cuantos casos analizo, resulta que en mas de la mitad de ellos estaba la superficie de la dura-madre bañada de una gran cantidad de sangre; que indica con su presencia lo muy inyectados que se hallarian los vasos rotos al abrir del cráneo. En casi todos los demas se encuentra tambien sangre, aunque no en tanta copia, pero en cantidad mayor que la regular.

La aracnoidea es raro que contenga en su cavidad mayor mucha serosidad, no obstante que así se ha observado en dos casos. Pero es muy frecuente, por el contrario, una infiltracion sub-aracnoidea muy copiosa, y copiosa particularmente á lo largo del seno longitudinal; infiltracion que no ha faltado sino en cuatro casos.

Los ventrículos cerebrales contienen casi siempre serosidad, clara con mucha mas frecuencia que oscura, cuya cantidad varía entre media cucharada de café y dos onzas cuando mas. En no pocos casos es notable la pia-madre por la inyeccion de sus vasos.

La sustancia cerebral casi no presenta otra particularidad en sí misma que varias alteraciones de color en sus diferentes partes; y así es que la gris ha estado por lo general lívida, de color de lila, de un gris mas subido que en el estado normal, y sonrosada y rojiza en dos casos; matices de que siempre participaron los cuerpos estriados. Pero lo mas importante de comprobar es que casi siempre ocupaba uniformemente este tinte toda la estension de la sustancia gris, motivo por el cual se desvanece enteramente la idea de inflamacion. En cuanto á la sustancia blanca, lo mas notable es un jaspeado de lila irregularmente distribuido, y á veces un salpicado rojo bastante estenso. La protuberancia, como todas las partes del cerebelo, ofrece tambien en algunos casos cierto grado de lividez. Por lo demas, en una inmensa mayoría de casos conservaban todos estos órganos su estado normal bajo los demas aspectos: verdad es que estos varios colores no procedian sino de una inyeccion venosa mas ó menos abundante. Respecto á la médula espinal, se encontró intacta en los casos que fué examinada. Si Baron, citado por Rochoux, dice haberla visto mas consistente en los niños que en el estado normal, este hecho, sin embargo, no ha sido confirmado por ninguno de los autores de quienes tenemos investigaciones sobre este punto, y Rufz, en particular, no ha encontrado nada parecido.

Se ha creido, y Delpech es quien mas lo defiende, que la

causa del cólera está en una lesion del gánglio semi-lunar; pero examinado este gánglio escrupulosamente en todos los casos, siempre se vió con su grosor, figura y consistencia regulares; y lo único que se observaba en muchos cadáveres, es un color lívido ó rosado, ya general, ya dispuesto en estrías mas ó menos numerosas. Ni el nervio neumogástrico, ni los gánglios cervicales, han presentado ninguna alteracion mas importante que esta, que ya veremos como es un simple resultado de la inyeccion.

El hábito esterior, en fin, y los músculos merecen nuestra atencion. En casi todos los casos no ha habido tanto enflaquecimiento como se dice. La rigidez cadavérica ha sido por lo general muy fuerte, y tanto se prolongaba, que aún permanecia veinte y cinco horas despues de perdida la vida, siendo escesiva en las autopsias hechas siete horas despues de la muerte. Las manchas lívidas que se manifiestan principalmente en los muslos y en el rostro, no es fenómeno muy notable. Mucho mas lo es el restablecimiento de cierto grado de calor en algunos casos en que se ha podido practicar la autopsia pocas horas despues del fallecimiento; de modo que pasadas siete, ocho ó diez, se hallaban las manos y el rostro mucho mas calientes que en el momento de morir. Hecho es este comprobado repetidas veces por todos los médicos que han hecho investigaciones acerca del cólera.

En cuanto á los músculos, se ha dicho que los de los coléricos estaban pegajosos, negros y blandos; pero nada de esto se refiere en las observaciones que tengo á la vista, no obstante que fueron examinados escrupulosamente dichos órganos: mas que probable es que se haya tomado por regla lo que únicamente seria la escepcion.

Si ahora damos una ojeada sobre las diversas alteraciones que acabamos de mencionar, veremos que sin contradiccion son las mas importantes: 1.° esa inyeccion venosa general que es causa de los varios colores observados en casi todos los órganos; 2.° el líquido particular que contienen los intestinos; 3.° el moco, alterado ó no, que se encontraba en cavidades tapizadas por una mucosa; producto de secrecion en el que se ha fijado particularmente Bouillaud; 4.° el abultamiento de los folículos de Bruner, á pesar de que no tiene la importancia que se ha querido darle. Hé aquí todo lo que encontramos para esplicar síntomas tan violentos como los del cólera epidémico. ¿Se podrá llegar á conocer la naturaleza de la enfermedad contando con tales

lesiones? Claro es que no, y por tanto no hago caso de ninguna de las hipótesis que se han emitido acerca de este particular.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de semejante afeccion es evidente que no puede ofrecer dificultades sérias. ¿Cómo, por ejemplo, se tomaria por una simple gastro-enteritis mediando tanta diferencia entre los síntomas de ambas enfermedades? Inútil es, pues, detenerse en este punto, y no creo, como Bouillaud, que sea posible el error. Otro tanto sucede con la peritonitis y la estrangulacion interna; que nada de comun tienen con el cólera sino los vómitos. En cuanto á la asfixia hemos visto que los síntomas que se podian atribuir á esta causa no llegan sino al fin del período ciánico, esto es, cuando los vómitos y la diarrea colérica han disipado todas las dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad. Dejemos, pues, este asunto, y pasemos al cólera-morbo esporádico y á los envenenamientos.

El cólera indiano se distingue del *esporádico* por los signos siguientes: en el primero llegan á ser casi desde luego característicos los vómitos, por la naturaleza del líquido que hemos descrito; no tardan en venir cámaras de la misma naturaleza, y la coloracion azul en seguida para quitar toda causa de error. Al describir el cólera esporádico hemos visto que los vómitos se componen primero de materias alimenticias, acres y biliosas despues; que la diarrea tiene los mismos caractéres, y que el rostro se torna pálido ó verdoso, pero no azulado como en el cólera indiano. Y aunque son comunes á ambas enfermedades los demas síntomas, traen en lo general mucha mas violencia los del cólera asiático; siendo particularmente los calambres muy fuertes y duraderos, y mas completa la supresion de la orina.

En cuanto á los *envenenamientos*, sabido es que no hay pais en que no se creyera al pronto que la enfermedad era efecto de agentes tóxicos; pero no tardó mucho en quedar desterrada de todas partes semejante preocupacion, hija de la ignorancia y del miedo. Los vómitos y las cámaras de los envenenamientos violentos, no tienen nunca el aspecto característico de los del cólera: allí predomina el dolor gástrico intestinal, que por lo comun es bastante vivo; en el cólera indiano hemos visto que casi no se quejan los enfermos sino de los calambres. En fin, el color azulado disipa cualquier duda.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del cólera-morbo epidémico y del esporádico.*

CÓLERA EPIDÉMICO.	CÓLERA ESPORADICO.
Vómitos compuestos de un líquido turbio con copos.	*Vómitos* alimenticios primero, y despues biliosos.
Evacuaciones alvinas parecidas á un *cocimiento cargado de arroz*, que tuviese en suspension fragmentos como del mismo grano deshecho.	*Cámaras* con los mismos caractéres.
Color azulado en la piel.	*Palidez ó color amarillo-verdoso* en el rostro.
Los demas *síntomas* tienen mas violencia y persistencia.	Los demas *síntomas* son por lo general menos violentos.

2.° *Signos distintivos del cólera epidémico, y de los envenenamientos violentos.*

CÓLERA EPIDÉMICO.	ENVENENAMIENTOS.
Cámaras y vómitos característicos.	*Vómitos* alimenticios biliosos y *cámaras* biliosas ó acres.
Dolor causado principalmente por *los calambres*.	*Dolor* causado con especialidad por la *inflamacion gastro-intestinal*.
Cianosis.	No hay *cianosis*.

Pronóstico. En atencion á lo dicho, es fácil establecer el de esta enfermedad. Creo que no hay para qué decir que es una de las mas graves: aun en los casos que se anuncia por síntomas poco violentos, es de temer una terminacion funesta, y mucho mas en el principio de las epidemias y de las recrudescencias, y en el curso del período álgido. Si en este periodo se tornan, insensible el pulso, é involuntarias las cámaras; si hay un sopor profundo con inmovilidad completa, y la piel no siente ya cuando se la pellizca, está cerca la muerte. En el período de reaccion, que las mas veces termina por la curacion, hay mucha gravedad tan solamente cuando son muy violentos los síntomas.

§. VII.—Tratamiento.

Elegir la medicacion conveniente entre las innumerables

que preconizan los autores, es la primera dificultad que se ofrece al esponer el tratamiento del cólera-morbo epidémico. Esperanzados todos en encontrar los medios mas poderosos contra esta enfermedad terrible, se recurria á cualquiera sustancia en particular, y así ha crecido la confusion. Pero ¿hay algun tratamiento superior á los demas? Hé aquí lo que se necesita saber. Los autores no solamente han olvidado casi siempre comparar los resultados de su medicacion con los obtenidos de las demas, si que no presentándonos las mas veces sus investigaciones mas que grupos de hechos aislados, es muy difícil y aun en muchísimas ocasiones irrealizable esta comparacion. De aquí es que el médico que quiera formarse idea del valor de tal ó cual tratamiento, se ve detenido á cada paso por una duda. Si era en efecto difícil instituir una série de esperimentos bien dirigidos que nos diesen resultados positivos en epidemias tan violentas como las que han desolado la Europa, al fin no era imposible. Si en vez de obrar cada cual aisladamente hubiesen convenido en usar constantemente de cierto número de medicaciones, es indudable que en el dia no nos cercaria tanta incertidumbre, y habria estadísticas numerosas con datos de qué deducir conclusiones mas rigurosas que las que ahora podemos establecer.

Dejando pues de copiar todas las medicaciones usadas, únicamente voy á esponer las principales y algunas de las preconizadas simplemente por autores aislados.

TRATAMIENTO DEL PERÍODO ALGIDO.

Evacuaciones sanguineas. Muchos son los autores que las recomiendan y en todos los períodos. La *sangria general*, remedio usado en algunas ocasiones, ha sido elogiada principalmente por Blumenthal (*Rust. Mag.*, 1831), Cafarelli, Fallot (*Gaz. Méd.*, agosto y octubre 1831), Récamier, Kerckhobu (*Const. sur la Nat. et le Trait. du Chol.*; Amberes, 1833), y sobre todo por Broussais, á quien esto no obstaba para que muchas mas veces recurriese á las sanguijuelas. Muy difícil es decidir si en realidad es bueno este medio. Con todo, ateniéndonos á los hechos conocidos se puede asegurar que en el período álgido no ha dado patentemente resultados felices, al paso que en el de reaccion ha disipado prontamente la cefalalgia, restituido la calma, producido en fin una mejoría notable. Estas reflexiones son aplicables tambien al uso de las *sanguijuelas*, no obstante de haberlas preconizado tan exageradamente. Este medio, de cuya apli-

cacion dijo Gravier (*Ann. de la Méd. phys.*, 1827) haber obtenido muy buenos resultados, fue altamente recomendado en la epidemia de 1832 por Broussais, Bouillaud, Honoré, Gendrin, etc. Pero si bien es verdad que algunas veces ha destruido los dolores vivos de la region epigástrica, que es para lo que principalmente se usaba, nunca ha cortado la marcha de la enfermedad, al menos en el período álgido. En el de reaccion, por el contrario, ha producido el mismo alivio que la sangría; resultado que indudablemente se hubiera obtenido tambien de las ventosas escarificadas si hubiese sido comun usarlas en nuestro pais.

1.° Medicacion interna.

Escitantes internos. Los alcohólicos son los primeros que encontramos entre esta clase de medicamentos. Preconizados en Francia, principalmente por Magendie, en los primeros tiempos de la epidemia, han sido usados tambien por otros muchos médicos. Magendie prescribia ante todas cosas, en el período álgido, muchos vasos de *ponche de alcohol*, todo lo mas caliente que pudiese sufrir el enfermo, y despues daba todo el dia, á cucharadas y con poca distancia de unas á otras, *vino caliente* con algunos aromas, el de Málaga, etc. Despues sustituia los alcohólicos por otros escitantes de que hablaremos. Los demas prácticos recurrian principalmente al vino de Málaga ó á otros de este género.

Los *preparados amoniacales* son en seguida los mas recomendados entre los escitantes internos, y forman parte de muchas pociones que se han considerado á propósito para combatir el período álgido. La que Magendie prescribe, está formulada en estos términos:

R.	Infusion de manzanilla.	4 libras.
	Acetato de amoniaco.	2 onzas.
	Azúcar.	1 libra.

Mézclese.

Andral pone el acetato de amoniaco en la pocion siguiente:

R.	Pocion gomosa.	4 onzas.
	Acetato de amoniaco.	2 onzas.
	Sulfato de quinina.	15 granos.
	Eter sulfúrico.	20 gotas.
	Alcanfor.	20 granos.

Tambien se ha puesto en uso el *carbonato de amoniaco*, medicamento que Baum recomienda á la dósis de 5 á 8

granos cada dos horas. El doctor Eisenmann adoptó este tratamiento. (*Berliner Chol. Zeit.*; 1832).

El *amoniaco cáustico* y el *licor anisado de amoniaco* (1), son medios á que tambien se ha recurrido. El doctor Steffen (*Arch. gén. de Méd.*, 1831) recomendaba dar el amoniaco á la dósis de 15 á 20 gotas en un cocimiento de harina de avena; y en cuanto al licor amoniacal anisado, esta es la fórmula del doctor Strohmeyer, preconizada principalmente por él:

℞. Licor amoniacal anisado. . . .
Tintura etérea de valeriana.. . } áá partes iguales.
Aceite de menta piperita.. . .
Para tomar veinte gotas cada hora.

Este remedio, segun Strohmeyer, era llevadero cuando habia que abandonar todos los demas, y con su influencia se establecia pronto la reaccion. Tambien se han prescrito otros preparados amoniacales, que por ser tan numerosos dejamos de citarlos.

Entre los demas escitantes internos que han merecido los sufragios de los médicos, debo citar especialmente el *cocimiento de árnica*, remedio elogiado por los doctores Britenbcüher (*Allg. Med. Zeit.*; 1832), Roeser y Reider (*Græfe und Walther' s Journ.*), quienes tienen la costumbre de emplearle en el período álgido del cólera.

Tambien se ha recurrido al *café*; en una palabra, á todas las sustancias que, absorbidas pronto, pueden levantar la circulacion.

Antiespasmódicos. No es estraño que se hayan empleado estos medicamentos en una afeccion que trae síntomas nerviosos tan violentos, ni que se haya formado una lista larga y variada de ellos. A fin de mitigar los vómitos y los calambres, se ha dado el *subnitrato de bismuto*, prescrito por Biett (*Arch. gén. de Méd.*; 1832) y por el doctor Lefevre, que lo administraba á la dósis de 1 á 3 granos cada dos horas, y por otros muchos médicos.

El *almizcle*, medio el mas usado contra este último síntoma, se daba por el doctor Nissen á la dósis de 5 á 10 granos, y por el doctor Ewert á la de 1 cada hora.

Tambien se han usado el *castóreo*, la *tintura de valeriana*, el *espíritu de cuerno de ciervo*, el *óxido de zinc*, el

(1) Alcohol amoniacal. . . . . 3 onzas.
Aceite esencial de anis. . . . . 2 dracmas.

agua destilada de laurel-cerezo, etc.; y ninguno tanto como el *éter*, medicamento que se ha prescrito como antiespasmódico, ya solo, ya unido á otras sustancias. Se prescribe á la dósis de 20 á 40 gotas ó una dracma al dia, en infusion de tila. La pocion siguiente, cuya fórmula es tomada del doctor Schæfer, dará á conocer algunos de estos antiespasmódicos, y la dósis á que se les ha elevado:

R.	Tintura de castóreo.	áá. 1 dracma.
	Tintura etérea de valeriana.	
	Espíritu succinado de cuerno de ciervo. . .	
	Tintura de opio.	

Para tomar á cucharadas de café cada hora ó de dos en dos.

Se ha llegado, en fin, hasta administrar el ácido prúsico, particularmente por el doctor Anderson (*an account of Chol. morb.*; Lóndres 1819).

Narcóticos. Pocas medicaciones habrá que se hayan usado mas que los narcóticos, y en especial los opiados. El *opio*, empleado ya en la India antes que estallára la epidemia en Europa, se ha prescrito de varios modos en los paises invadidos. Se administraba el estracto de opio á la dósis de 2, 3, 5 y aun mas granos por dia, y si, como muchas veces sucede, se arrojan en los vómitos, se ha recurrido principalmente á las lavativas laudanizadas. Louis no vacilaba en elevar la dósis del láudano á 40 gotas, y hasta á una dracma cuando eran continuos los vómitos y las deyecciones alvinas. Lo general es que sea menester tomar el medicamento en gran cantidad, si ha de tener efecto en afeccion tan violenta: así es que ha de ponerse dos ó tres veces al dia, segun la violencia de dichos síntomas, una lavativa de agua de malvas ó de linaza que lleve 20 gotas de láudano. Algunos autores se han figurado que empleando el medicamento á esta dósis, es de temer que la accion conocida de los preparados opiados sobre el sistema nervioso, y en particular sobre el encéfalo, se incorpore á los esfuerzos de reaccion, y los acreciente tanto que necesariamente venga la muerte en este período con motivo de su exageracion. Pero resulta de las observaciones mismas de Louis, que se han abultado estos temores. Y en efecto, ellas acreditan que no ha habido reaccion en los mas de los casos de curacion; que en aquellos en que se manifestára, no ha sido mas violenta que cuando solamente se administraban escitantes y antiespasmódicos; y que no han muerto muchos en el período de reaccion.

El *beleño*, dado á dósis altas por el doctor Anderson (4,

8 ó 10 granos), la *belladona*, prescrita por el doctor Schlesinger y por Viardin (*Journ. de Chimie méd.*; julio 1832), el *tabaco*, aconsejado por Pitschaft (*Hufeland's Journal*; octubre 1831), el *acetato de morfina, etc.*, son otros tantos narcóticos recomendados tambien, y respecto de cuya virtud es inútil insistir.

Igualmente se han valido de los *astringentes* no pocos médicos. Dupuytren ensayó ante todo el *acetato de plomo* y no obtuvo resultados muy satisfactorios; otros prácticos recurrieron de preferencia al *estracto de ratania*, medicamento que en particular Rayer empleaba tanto en las bebidas como en las lavativas. Su cocimiento para tisana, una dracma de ella ó poco mas en una pocion etérea y laudanizada, y dos dracmas ó dos y media en una lavativa, son las dósis de ratania que podemos prescribir y aumentar sin inconveniente.

En una afeccion acompañada de tan grande abatimiento de las fuerzas, han de haberse aconsejado los *tónicos*. Sin embargo, como naturalmente se atribuye este abatimiento de fuerzas al desórden del sistema nervioso, es raro que se haya acudido á la medicacion tónica, cuyos medios mas usados han sido el *cocimiento de quina*, las *lavativas de la misma*, y principalmente el *sulfato de quinina*. Andral, como hemos dicho, pone esta sustancia en la pocion ya citada, y Græfe y otros muchos autores recomiendan bastante su administracion. Veinte, cuarenta ó sesenta granos son las dósis de sulfato de quinina que debemos introducir por la boca ó por el recto, cuidando de vigilar los accidentes que puede ocasionar dicha sustancia, sobre todo cuando se le pone poco vehículo.

Vomitivos y purgantes. Sorprendente parece á la verdad que se haya ocurrido la idea de combatir con vomitivos ó con purgantes una afeccion en que tan copiosas son las deyecciones alvinas y los vómitos, y sin embargo, algunos autores, y entre ellos los doctores Boeckh (*de cura Chol. ind. in Europa*; 1831), Hierlaender y otros muchos médicos, principalmente alemanes, han creido que convendria promover los vómitos. Este último autor (*Salzb. medic. chir. Zeit;* 1831), prescribió el *tártaro estibiado* de este modo:

R. Tartrato estibiado. . . . . 8 á 12 granos.
Disuélvase en:
Agua destilada. . . . . 8 onzas.
Para tomar una, dos ó tres cucharadas comunes cada cuarto de hora ó cada media.

En cuanto á los *purgantes* han sido recomendados por Bonnet (*Arch. gén. de Méd.*; abril 1832), que administraba

el sulfato de sosa á la dósis de onza y media; por el doctor Henderson, que daba á dósis considerables de ricino, y por otros muchos prácticos que usaron purgantes de diferentes clases. No es posible que ateniéndose á los escritos de los autores, nos formemos idea de la accion que tienen los vomitivos y purgantes en la marcha de la enfermedad, y aún está por probar que ejerzan en realidad el grado de eficacia que se quiso atribuirles. Para aconsejar una medicacion tan poco adecuada á los síntomas principales del cólera, se necesita que esté demostrada su virtud por un número considerable de hechos bien analizados.

Preparados alcalinos. Mas arriba hemos visto que una gran disminucion de los principios alcalinos es la alteracion mas notable de la sangre de los coléricos, y así es que no debemos estrañarnos de que muchos médicos prescribieran los preparados alcalinos. Davier (*Gaz. Méd.*; setiembre 1832) daba cada media hora la mezcla siguiente:

R.	Carbonato de sosa.	40 granos.
	Hidroclorato de sosa.	13 idem.
	Cloruro de potasa.	6 idem.

El doctor Stevens se valia de una preparacion ó mezcla casi idéntica á la precedente. Ockel se contentaba con dar á los coléricos una disolucion concentrada de *sal comun*; pero administrado así el remedio, comunmente inspira mucha repugnancia. Otros médicos, en fin, se han limitado á disponer el *agua de cal*. El doctor Lemazurier (*Gaz. Méd.*; noviembre 1835) introducia las disoluciones alcalinas por el recto bajo la forma de un cocimiento cargado de *hidroclorato de sosa*.

Inyecciones alcalinas. Pero el medio que mas llamó la atencion fue la introduccion directa de disoluciones alcalinas en el torrente circulatorio. Llevado de los esperimentos químicos del doctor Latta, únicamente trató primero el doctor O' Shaughnessy de remediar esta alteracion con bebidas y lavativas alcalinas; pero habiendo advertido que era infructuoso semejante proceder, se le ocurrió la idea de estas inyecciones. Hé aquí, segun dice una carta que le dirigió al secretario del Consejo central de Sanidad, de qué modo practicaba la operacion:

Disolvia de 2 á 3 dracmas de *hidroclorato de sosa* y 2 escrúpulos de *subcarbonato de sosa* en nueve libras de agua. Hecha esta preparacion, la introducia poco á poco en las venas á la temperatura de 120° Farenheit. Advirtió que si el líquido inyectado iba

mas frio, causaba una sensacion de frialdad escesiva y calofrios violentos; y si solamente tres grados mas caliente escitaba al momento el corazon, se animaba mucho el rostro, y el enfermo se quejaba de una debilidad profunda. Cuando la inyeccion se usaba á la temperatura que hemos dicho, al pronto no sentia nada el enfermo: pero poco despues percibe calor y no tardan en manifestarse fenómenos parecidos á los de la reaccion.

En concepto de Latta, no hay que creer que obtenido este efecto queda bueno el enfermo: es menester tratarle con estimulantes suaves á fin de que no reaparezca el estado álgido. A dos sugetos que al parecer se hallaban ya perfectamente buenos, les volvieron en pocas horas los síntomas mas violentos, y pronto dejaron de existir. Cuando reaparecen los síntomas del estado álgido, no hay que dudar en volver á la inyeccion; que así se ha obtenido la curacion en algunos casos, segun dicen Craigie Leith, el doctor Lesvins y algunos otros.

Si ahora queremos apreciar la verdadera influencia de dicha medicacion, vamos á quedar perplejos. Siendo pocos los casos en que se practicára la inyeccion, no basta por consiguiente el número de los resultados felices ni el de los adversos para establecer una proporcion que merezca mucha confianza. Con todo, los doctores Latta, Lewins y Craigie, citan hechos tan interesantísimos, como lo son los de que sugetos próximos indudablemente á sucumbir, se reanimaron casi al momento y sanaron bastante pronto. Algunos, como Craigie, quieren que se coadyuve la accion de las inyecciones por el uso interno de los alcalinos, y otros con Latta, los destierran del tratamiento, porque á su modo de ver dan creces á los vómitos y á las deyecciones alvinas.

Agua fria y hielo. Al describir los síntomas he dicho que los enfermos no apetecian tanto los líquidos frios, ó por lo menos que este deseo no es tan constante como muchos médicos afirman. Algunos, sin embargo, han sacado la consecuencia de que deben ser muy convenientes las bebidas frias, y particularmente el agua, mucho mas cuando en concepto suyo calman los vómitos con semejante medio. El doctor Berres (*Erf. über die Kalte in Krank*; Berlin 1833) preconiza el agua fria al interior; Müller (*Gaz. Méd.*; 1832) y Gilkrest (*ibid.*) la administraban en abundancia; Peyron (*ibid.*) llegó á dar á los enfermos de ocho á diez azumbres en las veinte y cuatro horas; y otros médicos se han contentado con dar pedazos de *hielo* para derretirlo en la boca, ó que le traguen en corta cantidad como aconseja Louis.

Tales son las principales medicaciones internas opuestas á la gran epidemia que ha desolado á la Europa: ahora diremos dos palabras acerca de la administracion de algunas otras sustancias empleadas particularmente por ciertos médicos, y que no podian estar sancionadas por los suficientes resultados esperimentales. Por algun tiempo se elogió mucho el *aceite de cayeput*, usado há mucho en la India; pero no tardó en caer en descrédito. Bremer (*Arch. gén. de Méd.*; 1831) lo administró de este modo:

R. Aceite de cayeput. . . . . }
Tintura etérea de valeriana. . . . . } áá. partes iguales.
Espíritu succinado de cuerno de ciervo. }

Para tomar primero treinta gotas, y pasada media ó una hora, quince; dósis que se elevará despues á quince gotas, y se dará cada tres horas.

Strebel daba el aceite de cayeput solo á la dósis de cuarenta gotas por dia.

Aunque dichos médicos aseguran haber curado con tales medios los cóleras mas graves, este es aserto que no se halla confirmado por los demas prácticos.

Tampoco han quedado sin figurar la *nuez vómica* y la *estricnina*. A la primera asociaba Récamier raiz de árnica, á fin de detener la diarrea, y el doctor Wagner (*Méd. pract. Abh. iib. die Asiat. Chol.;* Prag. 1832) queria que se diese el estracto de nuez vómica á la dósis de 3/5 de grano á un grano entero cada hora.

Fueron por último administrados el *carbon de leños* ó *magnesia negra* (Biett), el *protóxido de ázoe* (Lepage: *Raport sur l' emploi du Gaz. prot. d' azote dans le chol.*; Orleans, 1832); el cloro (Toulmouche, *Arch. gén. de Méd.*, 1835), el *ácido carbónico* (Heidler: *iib. Schutzm. geg. d. cholera*; Prag. 1831), la *tintura de escila*, el *aceite comun*, *etc.*; en una palabra, casi todas las sustancias que posee la terapéutica. No insisto mas en estos últimos remedios, porque no está probado si tienen virtud medicamentosa en esta enfermedad.

2.° Medicacion esterna.

Los escitantes de todas clases son indudablemente los primeros medios que se presentan en esta medicacion. No se cuenta ni un solo médico que no haya creido del caso usarlos; unanimidad cuya esplicacion se halla en la estremada frialdad que se observa en tantos casos de cólera epidémico. De todos los escitantes esternos, el *calor* es el mas fácil de

emplear y quizá el mas útil; de suerte que lo primero ha sido envolver sin tardanza á los enfermos en *mantas calientes*, y aproximar á sus estremidades bolas llenas de *agua á una temperatura elevada*. Algunos médicos, y Delpech mas que todos, ordenaban á los coléricos *baños calientes*, y otros pasar por la superficie del cuerpo, mediante la interposicion de un lienzo, *planchas* muy calientes. Las *fricciones secas* con una franela caliente se pueden incluir entre los escitantes de esta especie, aunque tengan de otra parte la propiedad de favorecer mecánicamente la circulacion. El estado en que se hallan los coléricos justifica perfectamente el uso de estos medios.

Empero no han faltado médicos que, recurriendo á una medicacion enteramente opuesta, prescribian *afusiones y chorros frios*. Hé aquí cómo quiere el doctor Casper (*die Behandl. der Chir.;* Berlin, 1832) que se proceda en la aplicacion de este medio, que usa principalmente cuando se torna imperceptible el pulso:

Una vez situado el enfermo dentro de un baño, vacío, si tiene seca la piel, y lleno de agua á 27° si la tiene húmeda, se le echan por la cabeza cuatro ó cinco cubos de agua fria, y otros cuantos por el cuerpo: afusiones que han de repetirse cada dos ó cuatro horas. Inmediatamente despues de practicadas entra el enfermo en cama, teniendo cuidado de cubrirle el pecho, dorso y vientre con compresas frias, que se renovarán en cuanto se calienten.

No obstante lo difícil que es comprender el valor de estos tratamientos, se encuentran, contra toda probabilidad, hechos de individuos que hallándose en el período álgido próximos á sucumbir, se reanimaron repentinamente.

Los *sinapismos* ambulantes aplicados á miembros y tronco es medio que casi fue generalizado, y cuyo modo de obrar se asemeja al del calor, con la sola diferencia de tener mas energía.

En lugar de las fricciones secas se ha aconsejado valerse de varios medicamentos irritantes, como las *fricciones con aceite de cantáridas*, *linimento amoniacal*, *alcohol alcanforado* (Fouquier), *cocimiento de mostaza* (Dupuytren), etc.; sustancias que indudablemente no tienen virtudes especiales, y solo se diferencian en su mayor ó menor energía.

Habiendo creido algunos médicos descubrir el sitio primitivo de la enfermedad en una lesion de la médula espinal, aconsejaron practicar fricciones escitantes á lo largo del raquis. Petit (*Arch. gén. de Méd.*, t. 28, serie 1.ª, pág. 470)

insistia en aplicar los escitantes á lo largo de la columna vertebral, hasta la vexicacion, de este modo:

Estendido por todo lo largo del raquis un pedazo de lana empapado en un linimento compuesto de:

Esencia de trementina. . . . . 1 onza.
Amoniaco líquido. . . . . 1 dracma.

pasaba lentamente sobre él una plancha muy caliente. Así se obtiene una evaporacion instantánea de una gran parte del linimento, que, obrando fuertemente sobre la piel, determinaba rápidamente la vexicacion.

Bouillaud ha imitado algunas veces esta práctica, y Ricord (*Arch. gén. de Méd.*; abril 1832), se ha contentado con fricciones de un linimento volátil á lo largo de la columna vertebral.

Tambien se prescribieron los *vejigatorios* al epigastrio y á las estremidades, el *electro-galbanismo*, medio de que ya se habia valido en 1825 el doctor Levington (*Trans. of the Méd. add. phys. Soc. of Calcutta*) y usado despues en Europa, y las *fricciones mercuriales*, los *baños de vapor*, y aun á la *cauterizacion epigástrica* con el *hierro candente*.

Siendo en el cólera tan violentos los vómitos, tenian necesariamente que llamar la atencion de los médicos que se ocupaban del tratamiento de la enfermedad. Aunque han sido combatidos por los medicamentos precedentes, se les ha opuesto de una manera especial las bebidas gaseosas, y con particularidad la *pocion antiemética* de Riverio y el *agua de Seltz*.

Estas son las varias medicaciones particulares; pero como es natural, no se da ejemplo de no haber asociado unas cuantas para cumplir simultáneamente con diversas indicaciones. Habia que detener vómitos y evacuaciones alvinas, accidentes nerviosos que calmar, circulacion que reanimar, calor que restituir, y era menester recurrir á la vez á los escitantes internos y esternos, á los antiespasmódicos y á los opiados. Esta es, se puede decir, la base de todos los tratamientos empleados; y tanto en Francia como en Inglaterra, Alemania y América, no ha habido en la terapéutica mas diferencia que la que resulta de usar algunas sustancias particulares, y de ciertas modificaciones en la administracion de los remedios principales. Inútil será por consiguiente dar una descripcion circunstanciada de los tratamientos propios de cada médico.

TRATAMIENTO DEL PERÍODO DE REACCION.

El tratamiento de este período es mucho mas sencillo que el del precedente. La sangría mas ó menos repetida, segun la violencia del movimiento febril, y principalmente cuando existe alguna complicacion inflamatoria de parte de las vias respiratorias, puede decirse que forma su base. En muchos de los casos cuya observacion tengo á la vista, ha sido seguida casi inmediatamente de una remision notable de los síntomas principales, y sobre todo de la cefalalgia. Los dolores epigástricos y los vómitos biliosos se combaten con *sanguijuelas* aplicadas á esta region; se sustituyen los escitantes por las bebidas *dulces* y *emolientes*; suprímense los preparados opiados, principalmente cuando han sido administrados á dósis muy altas, y ha de seguirse un *régimen* bastante *severo*. Esta medicacion tan sencilla contribuye en la mayor parte de casos á disipar todos los accidentes y procurar la curacion completa. Si el delirio fuese violento, y hubiese coma, saltos de tendones, y en una palabra, los síntomas que se han designado con el nombre de *tifoideos*, estará indicada la aplicacion del *hielo sobre la cabeza*. Creo que no debo insistir mas en el tratamiento de este período, que, repito, es de los mas sencillos.

Resúmen, tratamiento preservativo, régimen y prescripciones. Despues de haber espuesto detalladamente el tratamiento del cólera, no puedo menos de volver á la reflexion hecha al principio, de que en medio de tantos y tan diversos ensayos nos es muy difícil apreciar el valor relativo de tales medicaciones; de manera que muchas veces no tenemos mas guia que el dicho de los autores. Sin embargo, examinados muchos hechos, se saca en claro que el opio á dósis muy altas, combinado con los escitantes internos y esternos y con los antiespasmódicos, ha producido muy frecuentemente los mejores resultados, y que es por tanto el medio mas recomendable.

Algunos médicos están en la creencia de que ciertas sustancias gozan de virtudes *preservativas*; pero como la esperiencia no las ha demostrado, ninguna ventaja resultará de citar aquí estos pretendidos preservativos. Despues de lo dicho acerca de las causas de la enfermedad, es ya evidente que la mansion en un lugar seco y bien aireado, vestidos suficientemente calientes, y un régimen tónico, sin ser escitantes, son los mejores preservativos de la enferme-

dad. A la autoridad es, pues, á la que corresponde velar en caso de amenazar una epidemia, para que las clases inferiores puedan en lo posible gozar de estos beneficios.

Mientras el cólera se halla en su vigor, hay que guardar dieta absoluta, y aquí se encierra todo cuanto del *régimen* tenemos que decir para entonces. Pero al principio, cuando no existe aún la reunion de esos fenómenos que llevan el nombre de *colerina*, se torna interesantísima la cuestion del régimen. Los enfermos deben sujetarse á una dieta severa, y contentarse con bebidas atemperantes ó ligeramente astringentes, so pena de dar creces á los síntomas cada vez que se coma. No se crea, sin embargo, que quiero decir que un mal régimen puede hacer, ni aun en tiempo de epidemia, degenerar en cólera una simple diarrea: dable será este hecho, pero aún está por demostrar. Yo no me refiero sino á esos casos en que, no obstante padecerse un cólera confirmado aunque leve, continúan comiendo los enfermos, y se agrava la afeccion con régimen tan contrario. Cuando el período de reaccion no es muy violento, y no hay mas que algo de cefalalgia y un movimiento febril muy ligero, no es nocivo permitir algunas bebidas y volver prontamente al régimen mas sustancioso. Si la fiebre fuese muy intensa, debemos continuar la dieta hasta que remitan considerablemente los principales síntomas febriles. Por último, cuando los enfermos entran en una convalecencia franca, no es necesario que guarden por mucho tiempo el régimen severo. Los hechos han probado que los que en realidad estaban bien curados, podian volver á su género de vida habitual.

Primera prescripcion.

En caso de cólera incipiente con simples deyecciones alvinas, náuseas, debilidad y calambres ligeros.

1.° Para bebida, infusion de manzanilla dulcificada con jarabe de flor de naranjo.

2.° Una lavativa con veinte gotas de láudano por mañana y tarde.

3.° Fricciones secas en los miembros.

4.° Tómese á cucharadas una pocion compuesta de:

℞.	Infusion de tila.	4 onzas.
	Eter sulfúrico.	20 gotas.
	Alcohol.	3 dracmas,
	Jarabe de adormideras. . . .	1 onza.

Tómese á cucharadas cada media hora.

5.° Envuélvase al enfermo en mantas calientes.

Segunda prescripcion.

En caso de mucha frialdad con vómitos violentos, deyecciones alvinas abundantes y calambres frecuentes.

1.° Para tisana, cocimiento ligero de ratania, dulcificado con arabe simple, en el que se pondrán cinco ó seis cucharadas de vino de Málaga para cada taza.

2.° Pocion que solo ha de diferenciarse de la precedente en que contendrá jarabe de goma, á la dósis de onza y media, en lugar del de diacodion, y en la adiccion de cuarenta gotas de láudano de Sydenham.

3.° Lavativas laudanizadas, *ut supra*, cada tres horas ó al momento que se arroje otra, dado caso de no poder detenerlas.

4.° Sinapismos á las estremidades.

5.° Fricciones secas muy repetidas en todo el cuerpo con una franela caliente ó con un linimento volátil.

6.° Lo demas *ut supra*.

Tercera prescripcion.

En caso de insensibilidad completa del pulso ó, segun algunos autores, en el período asfíxico.

1.° Para bebida, ponche caliente.

2.° Inyecciones de sustancias alcalinas en las venas (*véase* pág. 180).

3.° Fricciones irritantes á lo largo del raquis, ó cauterizacion de esta region (*véase* pág 183).

4.° Afusiones frias (*véase* pág. 183).

5.° Electro-galbanismo.

He reunido en esta última prescripcion unas cuantas medicaciones particulares, y en la esposicion siguiente será fácil hallar otras.

Cuarta prescripcion.

En el período de reaccion.

1.° Bebidas atemperantes.

2.° Sangrías mas ó menos repetidas, segun la intensidad del movimiento febril y de las lesiones locales.

3.° Aplicaciones de sanguijuelas al epigastrio en caso de venir síntomas gástricos.

4.° Hielo, y compresas frias á la cabeza, si fuesen violentos los síntomas cerebrales.

5.° Dieta severa, si es intensa la fiebre, y algunos caldos si ligera. Cuando la convalecencia se presenta franca, no hay que retardar el régimen habitual.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes y dulcificantes.

1.º *Medicacion interna.* Escitantes internos, preparados amoniacales, árnica, café, antiespasmódicos, narcóticos, astringentes, tónicos, vomitivos, purgantes, inyecciones y preparados alcalinos, agua fria, hielo, aceite de cayeput, nuez vómica y varios medios.

2.º *Medicacion esterna.* Escitantes esternos, calor, sinapismos, vejigatorios, afusiones y chorros frios, y cauterizacion del raquis.

Período de reaccion. Emisiones sanguíneas, emolientes, y aplicaciones frias á la cabeza.

Tratamiento preservativo. Medios higiénicos y régimen.

CAPITULO VI.

ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS.

Estas afecciones, no menos importantes que las del estómago, presentan lo mismo que ellas grandes dificultades. Como que son las que mas se han invocado en favor de varios sistemas médicos, ora para localizar las enfermedades, ora para defender las opiniones antiguas sobre las fiebres, es necesario estudiarlas con todo cuidado. Pero antes de emprender su descripcion, debo volver á prevenir que este capítulo no contendrá ni la *enteritis foliculosa*, cuya descripcion se encontrará en el consagrado á las fiebres bajo el nombre de *fiebre tifoidea*, ni el cólico saturnino, que ha de clasificarse entre los envenenamientos por el plomo.

ARTICULO I.

ENTERORRAGIA.

La hemorragia que se verifica en la superficie de los intestinos, es una de las menos conocidas. En efecto, si se esceptúan los casos en que es ocasionada por la ulceracion de los intestinos y principalmente en la fiebre tifoidea, son equívocas las ideas que tenemos acerca de la causa orgánica de donde procede el derrame de sangre por cámaras. Verdad es que las mas veces coincide con úlceras tifoideas ó cancerosas; pero entonces no se trata sino de un simple accidente, de una enfermedad grave ya por sí misma.

Los antiguos no distinguieron debidamente las hemorragias de las diferentes partes del conducto intestinal: tan pronto describen simultáneamente la enterorragia y las hemorroides fluyentes, sin establecer las competentes diferencias, como indican los síntomas de la enfermedad, sin averiguar si la sangre salia de la superficie del intestino ó si tenia otro orígen. De aquí proviene el que no tengamos sino datos muy imperfectos relativamente á la enterorragia simple, ó, para servirme de una espresion generalizada, de la *enterorragia esencial*, y que no podamos describirla con muchos pormenores.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La enterorragia, tal como hoy dia se comprende, es un derrame de sangre en el interior de los intestinos. Esta afeccion ha sido descrita bajo el nombre de *Morbus niger Hippocratis*, de *Melæna*, *Melenorrhagia*, *Fluxus hepaticus*, etc.; pero, como mas arriba he dicho, era muy comun aplicar semejantes denominaciones á muchas enfermedades diferentes. La enterorragia *no es enfermedad frecuente*; á lo menos para mí, que no comprendo en esta denominacion las evacuaciones sanguinolentas de la disenteria, como tampoco en el artículo *Hemoptisis* los esputos sanguíneos de la neumonia, por no constituir una hemorragia.

§. II.—Causas.

Apenas podremos asignar alguna que otra *causa predisponente* á la hemorragia intestinal. Sin embargo, si hemos de conformarnos con el parecer de algunos autores (Camerarius, Vogel, etc.), cuya opinion sigue Billard, los *recien nacidos* estarán mas espuestos á ella que los individuos de edad avanzada. Yo, por mí, no he observado hemorragia intestinal bien caracterizada poco tiempo despues del nacimiento, y dudo si, mas bien que de esta afeccion, serán de simples *hemorroides* los casos de que deducen los mismos médicos una prerogativa fatal de parte de los ancianos á padecer la enterorragia.

Tambien podemos tener por causas predisponentes algunas alteraciones de la sangre, como el *aumento de glóbulos*, y la *disminucion de fibrina*, y de aquí lo frecuente que es tal hemorragia en el *escorbuto*.

Las *causas determinantes* nos son mas conocidas. Nosotros tenemos muchas observaciones de haber determinado hemorragias intestinales la introduccion de *cuerpos es-*

traños, que á veces son pólipos situados por lo comun en el recto, como de ello es ejemplo un caso referido por el doctor Freteau en el *Journal de Sedillot* (tomo XLI). La *invaginacion intestinal* determina ordinariamente una inflamacion violenta, que por las erosiones que produce puede dar lugar á la enterorragia. Las *úlceras intestinales*, y principalmente, como llevo dicho, las de la fiebre tifoidea, ocasionan á veces el mismo accidente; y así es que entre sus causas contaban muchos autores de los siglos pasados las diversas especies de fiebres admitidas hasta entonces. El *cáncer de los intestinos*, lo mismo que el gástrico, puede producir una hemorragia interna. En cuanto á los derrames de sangre por el ano que provengan de otros órganos, como el hígado, el bazo, y los vasos que comunican con los intestinos por una perforacion, es asunto en que no debemos entrar hasta hablar de las afecciones de dichos órganos.

En ocasiones, por último, es imposible descubrir ninguna de estas causas. Yo he observado recientemente en el hospital de la Piedad el notable ejemplo de un sugeto, que todos ó cada dos dias hacia una ó muchas deposiciones que contenian de unas ocho ó diez onzas de sangre, parte negra, y parte roja y espumosa. Su vientre, sin embargo, estaba bien conformado, y no se percibia ningun tumor: introducido en el recto un dedo, le hallaba en el estado normal; no habia fiebre ni signo alguno de escorbuto; y los que de anemia encontramos, eran, á no dudarlo, consecutivos, puesto que vinieron mucho despues de contarse ya numerosas deyecciones sanguinolentas. ¿Habria, pues, una causa orgánica imperceptible por nuestros medios de investigacion? Los antiguos y en particular Hoffmann (*Diss. med. pract. de Morb. nig. Hippocr.; Op. omn.;* Ginebra, 1760) recurrian á hipótesis para esplicar la irrupcion de sangre en los intestinos, pero á hipótesis que nos son inútiles.

§. III.—Síntomas.

No es posible recurrir con fruto á la descripcion que de los síntomas nos legaron los autores de los siglos precedentes. En concepto suyo, los síntomas febriles, comunes á muchos casos, forman parte de la hemorragia misma, mientras que para nosotros el derrame de sangre no es otra cosa que un accidente acaecido en el curso de enfermedades, con las que no tiene mas relaciones que las de causa á efecto. Con todo; como entre estas descripciones hay algunos sín-

tomas que únicamente se refieren á la enterorragia, los citaré en la esposicion siguiente.

En el mayor número de casos, despues de haberse derramado la sangre en los intestinos, *se arroja al esterior* por el ano, esperimentando los enfermos, primero cólicos mas ó menos vivos, con una sensacion de debilidad que frecuentemente llega hasta el desmayo, y sintiendo despues urgentísimamente la necesidad de ir al servicio, donde deponen sangre en abundancia.

Algunas veces sale en corta cantidad mezclada con materias que conservan consistencia; pero tales casos son incomparablemente mas raros, y en muchos de ellos es indudable que se ha tomado por sangre procedente del mismo intestino, un poco de este líquido que salia de las inmediaciones del ano, en sugetos mas ó menos estreñidos. Hay ocasiones en que, como sucedió al enfermo de que mas arriba he hablado, sale en abundancia la sangre, que puede entonces ser líquida, espumosa y rutilante, principalmente si procede de la corrosion de alguna arteriola por ulceraciones cancerosas.

A veces sucede que las deyecciones alvinas no vienen hasta *mucho tiempo despues* de haber principiado los cólicos determinados por la sangre derramada en los intestinos, y entonces sale esta negruzca y, á veces, en forma de coágulos blandos y mas ó menos voluminosos. No es raro, en fin, ver la sangre líquida mezclada con materias fecales líquidas tambien, presentarse bajo la forma de una materia negruzca, que suele ser fetidísima, y es lo que principalmente se observa en la fiebre tifoidea.

La hemorragia intestinal pocas veces es tan *abundante* que comprometa la vida del enfermo, si bien se citan casos de este género. De ser así sobrevienen los fenómenos comunes á todas las grandes hemorragias, ó sean debilidad, frialdad de las estremidades, sudores frios, etc. Los *desmayos* que acompañan á estas grandes pérdidas de sangre, suelen tambien ocurrir en hemorragias muy cortas. Galeno creia, que semejante fenómeno es efecto de la accion de la sangre putrefacta sobre los intestinos; pero como tambien se ofrece en hemorragias que no existe dicha accion, y aun en una simple sangría, queda inadmisible esplicacion semejante.

Aunqus á veces *no puede salir al esterior* la sangre acumulada en los intestinos, son sin embargo muy raros los casos de este género, y casi siampre vienen anunciando la *hemorragia* algunas deyecciones alvinas sanguinolentas.

Entonces vemos sobrevenir los síntomas de hemorragia interna que ya he indicado en el artículo consagrado á la *hematemesis*, ó sean cólicos, debilidad, síncopes, frialdad, sudores frios, pequeñez del pulso, horripilaciones, etc. Podemos, por último, asegurarnos de que hay sangre acumulada en los intestinos y sigue acumulándose, por el sonido macizo mas ó menos estenso que resulta de la *percusion*.

Creo que no debo estenderme mas en la descripcion de estos síntomas; porque si esponer quisiera en particular las diversas especies de enterorragia, tendria que incluir en este artículo los detalles pertenecientes al cáncer de los intestinos, á la fiebre tifoidea y á otras muchas enfermedades, y asi saldria de lo que este cuadro prescribe.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Por lo regular nunca mueren los enfermos en el primer ataque: siempre se reproducen mas ó menos veces antes de que se efectúe terminacion tan funesta. En ocasiones repite la hemorragia intestinal tras intermedios muy largos, como principalmeute se observa en ciertos casos de afecciones cancerosas, y de aquí ser indeterminada la *duracion* de la dolencia.

En cuanto á la *terminacion por la muerte*, poquísimas veces es efecto de la hemorragia en sí. Pero hay, sin embargo, citados algunos casos de haber venido la muerte, ora á consecuencia de una pérdida de sangre rápida y abundante, ora á consecuencia de hemorragias sucesivas que deterioraron completamente la constitucion. En todos los demas, hay que atribuir dicha terminacion á los progresos de la enfermedad principal, y entonces la hemorragia puede ser un signo mas ó menos alarmante, pero no muy peligroso en sí mismo.

§. V.—Lesiones anatómicas.

La enumeracion que he hecho mas arriba de las diversas causas orgánicas de la enterorragia, me dispensa de entrar en detalles estensos relativamente á las lesiones anatómicas. En los casos raros en que tan solo hay una exhalacion sanguínea, no aparecen en los intestinos mas que aquellas que son comunes á todos los órganos de donde vienen hemorragias. En los de cáncer, afecciones tifoideas, invaginacion, etc., se observan las alteraciones propias de estas enfermedades, y principalmente ulceraciones. Pero si se busca el vaso de cuya erosion proviene la hemorragia, es lo frecuente que no se descubra ninguna: entonces se ha

verificado una exhalacion en la superficie de la úlcera, exhalacion igual á la que se efectuó en los casos del mismo género citados al tratar de la *gastrorragia*.

Cuando llega la muerte en el curso de la enterorragia, encontramos sangre líquida y muchos cuajarones mezclados con las materias fecales, y algunas veces ocupando toda la estension de los intestinos.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Por lo general no es difícil el diagnóstico de la hemorragia intestinal. Cuando tras de simples cólicos vienen deyecciones sanguinolentas, sin vómitos de sangre arterial, ni desórdenes de parte del estómago, casi no es posible dudar que la sangre proceda de la superficie intestinal. Los signos que acabo de mencionar distinguen, en efecto, suficientemente esta hemorragia de la *gastrorragia*, única con que seria fácil confundirla.

La inspeccion del ano y el tacto rectal, bastan para reconocer la presencia de *tumores hemorroidales* y sacarnos de cualquier duda acerca de este punto.

Pero ya hemos visto que la sangre puede salir de algun órgano próximo, á consecuencia de una *perforacion*. En este caso, que seguramente es el mas dificultoso, nos servirán de guia, el estudio atento de los síntomas preexistentes y la aparicion súbita de una hemorragia copiosa.

Si viene la enterorragia en el curso de una fiebre tifoidea, será fácil al práctico conocer la causa real del accidente por lo característicos que son los síntomas de dicha fiebre. En cuanto al *cáncer*, la presencia de un tumor perceptible al través de las paredes abdominables por la palpacion y la percusion ó bien por el tacto rectal, y si ocupa un punto del recto poco distante del ano, una diarrea mas ó menos difradera, y los signos de caquexia cancerosa, servirán para establecer el diagnóstico.

Mas adelante diré los signos por los que se distingue la hemorragia producida por invaginaciones intestinales.

Algunas veces es dificil calcular á punto fijo la cantidad de sangre que contiene la materia de las deyecciones alvinas, y hay que recurrir á un proceder ya indicado por F. Hoffmann. En derramando el líquido contenido en el vaso hasta no dejar mas que un poco en el fondo, y echando á continuacion una corta cantidad de agua sobre este resto, recobra la sangre su color rojo, y estamos fuera de toda duda. Este diagnóstico, por lo que vemos, casi nunca

ofrece verdaderas dificultades, y será infructuoso reasumirle.

El de la enterorragia considerada en sí misma, solo es grave cuando se pierde mucha sangre; pero dicha hemorragia puede servir á su vez de signo pronóstico, pues por investigaciones recientes, sabemos que generalmente anuncia gravedad de mucha consideracion en la fiebre tifoidea en los casos de aparecer durante su curso. Poco menos temible es en el cáncer, puesto que indica erosiones que pueden terminar por una hemorragia fulminante.

§. VII.—Tratamiento.

La enterorragia no tiene tratamiento propio, y esto me escusa de entrar en pormenores. Los medios mas usados son las *sangrías generales* cortas, recurso terapéutico del que no debemos valernos mas que cuando es poco copiosa la hemorragia; las *bebidas ácidas*, las *lavativas astringentes* con una á dos dracmas de *ratania*, ó 40 á 50 gotas de *acetato de plomo*, las *aplicaciones frias* sobre el vientre, y en particular el *hielo* contenido en una vejiga, y las lavativas frias con agua. Al mismo tiempo hay que cuidar de que el vientre esté libre, á fin de que el enfermo no tenga que hacer esfuerzos para la defecacion.

Tambien se ha preconizado el *opio* administrado principalmente en lavativas, y la esencia de *trementina*, recomendada en particular por Copland. En caso de ser muy copiosa la hemorragia, se aconseja recurrir á las *ligaduras de los miembros*. Finalmente, en estos últimos tiempos se ha querido poner otra vez en boga el *jugo de ortigas*, tan usado por los médicos antiguos, y que Ginestel (*Bull. de Thér.*) elogia mas que todos, como hemostático. Pero ya volveré á ocuparme del uso de esta sustancia al describir la *metrorragia*, que es la enfermedad en que mas se ha empleado.

Creo que no debo estenderme mas sobre este tratamiento, en atencion á que es fácil aplicar á la enterorragia cuanto se ha dicho con motivo de las demas hemorragias descritas.

ARTICULO II.

ENTERITIS.

A primera vista parece que nada hay mas fácil que describir la *enteritis*, puesto que es una de las afecciones que

tan frecuentemente se ofrecen á la observacion; pero no se tarda en conocer cuán confusa han tornado los autores dicha descripcion, con motivo de no haber estudiado debidamente los hechos.

La primera dificultad que se nos presenta es la siguiente: ¿cuáles son los límites de la enteritis? Por una parte vemos autores que pretenden distinguir esta afeccion de los casos en que no se observa mas que una simple diarrea; por otra, médicos que se esfuerzan en atribuir á una simple inflamacion intestinal todo caso en que haya muchas y abundantes deposiciones. Algunos consideran la fiebre tifoidea como una especie de enteritis que denominan *foliculosa*, y tambien se ha pretendido distinguir la inflamacion limitada á los intestinos delgados, y designada con el nombre de *enteritis propiamente dicha*, de la que ocupa á la vez delgados y gruesos, que se llama *entero-colitis*. Desgraciadamente no poseemos observaciones propias que nos saquen de este laberinto; lo que se concebirá fácilmente reflexionando en la poca gravedad de la enteritis cuando no hay complicacion, y en lo imposible que por lo general es comprobar mediante la autopsia las ideas emitidas acerca de la naturaleza y estension de la enfermedad, segun los individuos. Pero, ateniéndose principalmente á lo que se observa en los casos de incorporarse la enteritis á una enfermedad mortal, podemos obtener algunos resultados importantes que sirvan de base á este artículo.

Para citar los autores que han hablado de la inflamacion intestinal, seria necesario insertar los nombres de cuantos se cuentan desde Hipócrates.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La enteritis es en concepto nuestro la inflamacion de los intestinos delgados, estiéndase ó no á los gruesos. En esta definicion doy á entender que escluyo á la enfermedad llamada *diarrea idiopática*, respecto de la cual diré mas adelante dos palabras, y que no establezco distincion entre la enteritis propiamente dicha y la entero-colitis, por las razones que ya espondré. En cuanto á la enteritis foliculosa, no tengo necesidad de repetir que á mi modo de ver constituye una enfermedad particular, ó sea la *fiebre tifoidea*, como veremos en el capítulo de las *Fiebres*.

Esta enfermedad denominada *cólico inflamatorio*, *inflamacion de los intestinos*, *enteroflogia*, es lo general hoy dia que se designe con el nombre que yo le dejo dado.

Tan *frecuente* es la enfermedad, que muy raro es el año en que cada individuo no la padezca mas de una vez.

§. II.—Causas.

No se han buscado muy escrupulosamente las causas de la enteritis, sin duda alguna porque siendo poco grave, no ha fijado del todo la atencion de los médicos.

1.° *Causas predisponentes.*

Aunque la enteritis no respeta ninguna edad, sucede sin embargo, segun las investigaciones de Billard y las mias (véase *Clin. des Mal. des Enfans nouv.-nés*, págs. 268 y 462), que los niños muy tiernos están mas espuestos á ella que los sugetos de edad avanzada, principalmente cuando, como es muy frecuente, usan de alimentos que no les convienen. En cuanto al *sexo*, nada de positivo sabemos.

Individuos hay que sin causa conocida están mas predispuestos que otros á la inflamacion intestinal. Fuerza es que la *debilidad* y el *deterioro* de la constitucion, que predisponen á todas las inflamaciones, lo hagan tambien respecto de la enteritis; y hé aquí por qué viene con especialidad en el curso de las *convalecencias* y en los sugetos muy debilitados. Muy frecuente es asimismo que se agregue á diversas afecciones, sobre todo si son inflamatorias, con movimiento febril, y duraderas, del mi mo modo que á las febriles crónicas; pero de casos de este género no debemos ocuparnos aquí. En vista de esto, es inútil insistir sobre causas predisponentes, respecto á las cuales tenemos tan pocos datos precisos.

2.° —*Causas ocasionales.*

Entre ellas se ha querido contar las *violencias esternas* sobre el abdómen, causa que ciertamente da lugar á algo mas que á una simple enteritis, los *irritantes del tubo digestivo*, los *alimentos acres*, las *bebidas alcohólicas*, y la *impresion del frio* estando el cuerpo sudando. Consultadas, sin embargo, las observaciones, se echa de ver que pocos son los casos en que la enteritis no se padece durante el estío; circunstancia que aun no estaba suficientemente comprobada. Algunas veces queda despues de administrar *purgantes* una irritacion en los intestinos que dura mucho tiempo, y que es debida á una verdadera inflamacion. Debemos advertir por último que en el mayor número de casos, aparece la enfermedad sin que podamos descubrir su causa.

§. III.—Síntomas.

Para describir los síntomas, se ha querido dividir la enteritis en tantas especies particulares cuantas porciones mas ó menos distintas se cuentan en el tubo intestinal, y de aquí el haber descrito *duodenitis*, *ileitis*, la *inflamacion del ciego*, ó *tiflitis*, y la *colitis*. Pero á mi modo de ver no resulta la menor utilidad de admitir semejante division: la duodenitis, de que tendré ocasion de volver á hablar cuando se trate de las enfermedades del hígado, no es enfermedad que merece una descripcion particular; la *ileitis* no tiene, como ha demostrado Louis (véase *Recherches sur l' affect. typh. et sur la phthisie*), síntomas que la distingan perfectamente de la inflamacion intestinal que ocupa el órgano en mayor estension y se prolonga á los intestinos gruesos; no hay, en fin, mas afeccion limitada en realidad á los intestinos gruesos, ó que al menos resida en ellos de preferencia, que la *disenteria*, á la que consagraré su correspondiente artículo.

Aunque la *tiflitis*, enfermedad descrita principalmente por los médicos alemanes, merece que de ella nos ocupemos en particular, como toda la importancia de esta inflamacion consiste en los abscesos subsiguientes *de la fosa ilíaca derecha*, y, ademas, es muy poco conocida en sí misma, creo que bastará hablar de ella cuando describa el *flemon iliaco*.

Verdad es que á cada cual de estas pretendidas especies de enteritis se le han asignado síntomas diferentes; pero la observacion no ha confirmado tales ideas teóricas. En vano nos dice Broussais que podemos distinguir la enteritis limitada á los intestinos delgados, de la *colitis*, en que, en la primera lejos de haber diarrea, se establece una verdadera constipacion, mientras que la segunda tiene por carácter el flujo; y en vano, repito, porque en los casos en que la enteritis se incorpora á una enfermedad mortal, vemos coincidir la diarrea con la inflamacion limitada á los intestinos delgados, del mismo modo que si ocupase tambien los gruesos, y porque, como lo ha demostrado Louis, no hay hechos que hablen en favor de dicha suposicion. Limitémonos, pues, en la esposicion siguiente, á describir la enteritis de una manera general, puesto que como ya he dicho, no hay motivo para seguir otro proceder.

Limitada así la enteritis, es muy sencillo el conjunto de síntomas que la traducen. El mas característico es una *diar-*

rea, frecuentemente muy abundante, precedida en casi todos los casos de *cólicos*, las mas veces muy dolorosos, pero casi nunca tan violentos como los procedentes de otras causas, y que por lo general se designan bajo el nombre de *nerviosos*. El *dolor* que constituye estos cólicos, es vivo, intermitente, por lo comun poco duradero, y que se reproduce tras intervalos tanto mas cortos, cuanto mas violenta es la enfermedad. Dichos cólicos es lo regular que principien al rededor del ombligo, y recorran despues el vientre en diferentes direcciones: pero pocas veces seguirán la del colon transverso, cuando Louis no vió sino dos casos de estos entre veinte y tres que observó. Al mismo tiempo está *doloroso á la presion* el vientre, principalmente hácia la region umbilical, rara vez por puntos muy distantes, y nunca ó casi nunca en el epigastrio.

Cuando vienen las *cámaras líquidas*, que segun llevo dicho es poco despues de los cólicos, es lo frecuente que sientan los enfermos en el abdomen, *borborigmos*, movimientos al rededor del ombligo, que se estienden en seguida hácia la pelvis en la direccion de los intestinos gruesos, y tras ellos, necesidad de deponer.

Las primeras evacuaciones contienen mayor ó menor cantidad de materias fecales, parte de las cuales conservan aún su consistencia, y poco tiempo despues vienen otras enteramente líquidas. Estas materias tienen en muchos casos una accion corrosiva que se hace sentir en el ano, y determinan sufrimientos vivos, tomando entonces un aspecto casi seroso, y pareciendo teñidas casi solamente por una gran cantidad de bilis.

El número de las deposiciones que se hacen en las veinte y cuatro horas, puede variar desde cuatro ó cinco hasta treinta y aun mas, en cuyo último caso se parece la enfermedad al cólera esporádico.

Cuando vienen muchas evacuaciones, precedidas de cólicos vivos que anuncian la mucha intensidad del mal, no es raro ver sobrevenir, además del dolor del ano, un verdadero tenesmo, y aun deyecciones alvinas compuestas en parte de *moco sanguinolento*; nueva prueba de cuán infundadas son las divisiones escolásticas establecidas, puesto que estos síntomas son los de la disenteria. ¿Qué es, pues, lo que sucede en estos casos? Nada mas que un aumento notable de la inflamacion, sobre todo en los intestinos gruesos.

Tales son los síntomas principales de la enteritis aguda: los que vamos á esponer ahora son los que vienen á reunír-

seles tan solamente en alguno que otro caso. Aunque es lo comun que no haya *movimiento febril*, á veces se observan los fenómenos siguientes: algunos *escalofrios ligeros*, un poco de *sensibilidad al frio* en el principio y en el curso de la enfermedad; algun aumento de *calor*, *sudores* bastante manifiestos en muchos casos, que por lo comun se manifiestan al principio de la enfermedad, y que suelen ser abundantes; algo, en fin, de aceleracion del pulso (ochenta pulsaciones en las observaciones de Louis) en poquísimos casos. Hé aquí lo que constituye ese movimiento febril que, repito, es raro, y se observa principalmente cuando la enfermedad toma algunos caractéres de disenteria.

El estado de las *fuerzas*, aunque algo alterado, no se convierte *nunca en postracion* real. Componen, por último, el conjunto de fenómenos constitutivos de la enteritis, en alguno que otro caso, muy raro, algo de *cefalalgia* sin síntomas cerebrales, y, muy rara vez tambien, las *náuseas*, la *inapetencia* mas ó menos completa, y el color blanquecino ó natural de la *lengua*, no la rubicundez, como desacertadamente se ha dicho.

Bien sé que esta descripcion es muy diferente de la que han hecho algunos autores; mas para formarla nos hemos llevado de las observaciones y no de los artículos en que se encuentran reunidos casos de fiebre tifoidea, de enteritis complicada, en una palabra, afecciones en que no es la enteritis la única que se presenta á la observacion. Por lo tanto, no insistiré mas, y paso á decir solamente dos palabras acerca de la *enteritis de los recien nacidos*, que se diferencia de la de los adultos por su mayor gravedad.

Por lo regular la enteritis de los recien nacidos es muy violenta, sin necesidad de que le preceda ninguna otra enfermedad; é indudablemente se esplica esta facilidad de inflamarse mucho sus intestinos, por el estado de debilidad propio de la infancia. Los síntomas de esta afeccion no se diferencian sensiblemente de los que se observan en el adulto. Y á la verdad, ella se dá á conocer por cólicos, diarrea mas ó menos abundante, cierta tension del vientre, un movimiento febril bien manifiesto; pero con la notable circunstancia que en muchos casos viene otra afeccion, ó sea el *muguet*. He visto en los niños espósitos sucederse tan constantemente estas enfermedades, que no tengo duda de que en la mayoría de casos una de ellas es consecuencia de la otra. Mas recientemente aún, he visto muchos casos de muguet manifiestamente precedidos de inflamaciones intestinales determinadas

por un régimen malo. Estas son las únicas particularidades que merecen ser anotadas.

Solo nos quedan que decir dos palabras acerca de ciertas formas de enteritis descritas por los autores. No me detengo en la *enteritis circunscrita* y en la *difusa*, porque ya he dicho que los signos citados á fin de distinguirlas, no son suficientes, al menos en el mayor número de casos. En cuanto á la naturaleza de las materias espelidas por cámaras, se ha de distinguir la enteritis en *serosa*, *mucosa*, *biliosa* y *estercorácea*; pero muy á menudo vemos en un mismo caso sucederse estas diversas especies de materias, y hé aquí un motivo para no poder fundar con ellas verdaderas variedades. Aún se ha admitido la enteritis *flegmonosa*, *eritematosa*, *reumática*, *artrítica*, *hemorroidal*, *catarral*, etc.; especies cuya esposicion seria muy larga, y motivadas en particularidades insignificantes. A la cabecera del enfermo desaparecen todas estas pretendidas variedades, y queda por demostrar la preponderancia de tal ó cual tratamiento. Y ¿á qué, pues, hemos de señalar caractéres á dichas formas, establecidas mas bien á fuerza de raciocinios que por la observacion?

Diremos, sin embargo, aunque no sea mas que dos palabras acerca de la *enteritis seudo-membranosa*, variedad á que algunos autores han dado muchísima importancia. En el mayor número de casos en que se han admitido falsas membranas en los intestinos, es evidente que solo habia una *disenteria*: en los restantes hay casi siempre mucha tendencia á la formacion de dichas membranas, y, como lo ha hecho notar Bretonneau, en los sugetos en que se forman seudomembranas difteríticas en la faringe, en las fosas nasales, etc., se han hallado tambien en los intestinos. Así pues, de una parte tenemos casos de disenteria verdadera, y de otra, casos complicados en que la enteritis no es mas que un fenómeno accesorio, aunque anuncia que la enfermedad es muy grave. Con este motivo no entraré en detalles mas estensos acerca del particular.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es casi siempre muy agudo y rápido. Alcanzando muy pronto toda su intensidad, la enteritis disminuye en seguida prontamente y sin exacerbacion notable, á menos que lo impida un mal régimen. En los casos observados por Louis ha sido la *duracion* de tres á cuatro dias, contando desde la entrada en el hospital; lo que supone

un septenario de existencia por término medio. Los estravíos de régimen pueden prolongar considerablemente la enfermedad, y así es que en los autores se hallan ejemplos de enteritis que han durado veinte y mas dias.

Es rarísimo que la enfermedad *termine* por la muerte, si recae en un adulto que se encuentre del todo bueno; y por tanto no tiene nada de particular que Louis no haya observado mas que un solo ejemplo de semejante terminacion (véase *Rech. sur la Fièv. typh.*, edic. 2.ª) Nosotros hemos visto que en los niños podia traer muy pronto la muerte, cuando era violenta desde el principio. En el caso de coexistir una enfermedad grave, coopera la enteritis á las causas de muerte, y muchas veces puede apresurar su llegada.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Casi nunca se han descrito, si no es cuando ha sobrevenido la inflamacion intestinal como complicacion de otra enfermedad, y á primera vista parece que nada puede inferirse de ello relativamente á las de la enteritis simple; pero son tan idénticos los síntomas en ambos casos, que no hay duda de que son unas mismas las lesiones que los producen. Esto es ademas lo que se demostró directamente en el caso simple observado por Louis (*loc. cit.*).

Los caractéres principales de dicha inflamacion son: la rubicundez, la tumefaccion y el reblandecimiento de la membrana mucosa y del tejido submucoso, bien sean solamente de los intestinos delgados, bien se estiendan tambien á los gruesos. En algunos casos se han encontrado escoriaciones superficiales y una infiltracion sanguínea del tejido submucoso; pero nunca esas lesiones profundas que tienen sitio especial (las chapas de Peyer), y son propias de la fiebre tifoidea. En dos casos de recien nacidos (*véase Clin. des Maladies des Enf. nov.-nés*), he hallado una ó dos ulceritas que no tenian carácter particular, y que no me ha sido dable atribuir á la fiebre tifoidea.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la enteritis simple, considerado de una manera general, es, á no dudarlo, de los mas fáciles: ninguna, en efecto, trae cólicos seguidos inmediatamente de una diarrea, fecal al principio, y mas ó menos serosa despues. Con todo, á veces cuesta mucho trabajo precisarle, á causa de las discusiones á que, como mas arriba vimos, ha dado márgen la naturaleza de la enfermedad.

En primer lugar, ¿cómo distinguiremos la enteritis simple

de ciertos casos de *disenteria*? Casi imposible es, si se trata de disenteria esporádica y en el principio de la afeccion. Si bien es cierto que pasado algun tiempo, cuando se tornan del todo mucosas, sanguinolentas, sanguíneas, y á veces purulentas las deposiciones, y traen consigo pedazos de seudomembranas, es ya evidente una disenteria verdadera; no lo es menos, como mas adelante veremos, que esta especie de disenteria principia casi lo mismo que una enteritis simple. ¿Si no será la disenteria esporádica mas que una enteritis sumamente intensa? Difícil, y mucho, es resolverlo; porque desgraciadamente casi todas las descripciones de disenteria que poseemos se refieren á epidemias en que la enfermedad pudo muy bien presentar caractéres especiales, y ademas no se ha dicho casi nada acerca de la invasion y de los síntomas primeros. No pudiendo, pues, resolver este punto, nos limitaremos á decir que la disenteria esporádica tiene muchos de los caractéres de la enteritis simple exagerada, sin que por esto se prejuzgue en nada su naturaleza.

La *enteralgia* no tiene de comun con la enteritis mas que el dolor, y á veces deposiciones líquidas, pero pasajeras, y con alternativas de constipacion.

En cuanto á la *fiebre tifoidea*, solo en una época en que aún no habia fallado la observacion, se pudo reputar como simple enteritis. Las investigaciones de los autores modernos, y principalmente las de Louis, han establecido tales diferencias entre estas dos afecciones, que casi es inútil hoy dia volver á una cuestion resuelta definitivamente. En el cuadro del diagnóstico no indicaré mas que los caractéres principales de las dos afecciones, comparadas ya por Louis. (*Exámen de l' Exámen de Broussais;* París, 1834, pág. 104).

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la enteritis simple, y de la disenteria esporádica.*

ENTERITIS SIMPLE.	DISENTERIA ESPORÁDICA.
Deyecciones *fecales* al principio, y despues *serosas* y *biliosas*.	Deyecciones *mucosas*, *mucoso-sanguinolentas*, sanguíneas, con pedazos *seudo-membranosos*, y á veces *purulentas*.
Evacuaciones *menos abundantes* por lo general.	Evacuaciones que por lo comun son *mas abundantes*.
Tenesmo menos violento y menos frecuente.	*Tenesmo* mas violento y mas frecuente.

2.° *Signos distintivos de la enteritis simple, y de la fiebre tifoidea.*

ENTERITIS SIMPLE.	FIEBRE TIFOIDEA.
Cámaras *mas* numerosas, y que *ceden prontamente* al tratamiento.	Cámaras *menos* frecuentes, pero mas *tenaces*.
Cólicos *mas violentos* y *mas frecuentes*.	Cólicos *menos violentos* y *menos frecuentes*.
Ni *meteorismo*, ni *abultamiento del bazo*, ni *dolores* epigástricos.	*Meteorismo*, *abultamiento del bazo*, y *dolores* epigástricos.
Es frecuente que se conserve el apetito, y *que se restablezca pronto*.	*Inapetencia*.
Lengua natural.	Lengua *alterada* en los casos graves.
No hay sintomas cerebrales ni nerviosos.	*Sintomas cerebrales* y nerviosos.
No hay postracion de fuerzas.	*Postracion* de fuerzas mas ó menos profunda.
Ni *epistaxis*, ni *manchas* rojas lenticulares.	*Epistaxis* y *manchas* lenticulares color de rosa.
No hay movimiento febril, ó es *muy ligero*.	*Fiebre* mas ó menos intensa.
Duracion corta.	*Mas de dos septenarios de duracion* por término medio.
No hay mortandad.	Siempre causa *mucha* mortandad.

Pronóstico. Lo dicho me dispensa hablar por estenso del pronóstico. Hemos visto, en efecto, que la sola circunstancia que hace realmente grave la afeccion, es el estado de debilidad que resulta de la poca edad ó de las enfermedades preexistentes.

§. VII.—Tratamiento.

En casi todos los casos es de los mas sencillos el tratamiento de la enteritis aguda: esta es enfermedad que cede muy luego bajo la influencia de algunos *emolientes* y cortas dósis de *opiados*. En los casos observados por Louis, no obstante ser intensísima en algunos la enfermedad, bastó para que disminuyese al segundo dia de tratamiento y obtener la curacion á los ocho, dar á los enfermos *agua de arroz* por bebida, y ponerles una ó dos veces al dia la cuarta parte de una lavativa de *agua de malvabisco*, con ocho ó diez gotas de *láudano*, y someterlos á una dieta *severa*.

Inútil, pues, seria multiplicar los medios terapéuticos contra una enfermedad que cede tan fácilmente. Algunos médicos, sin embargo, han aconsejado las *evacuaciones sanguíneas*, y principalmente las *sanguijuelas al ano*; pero está probado que este medio, inocente, no lo niego, es infructuoso, á no mediar circunstancias escepcionales.

Cuando la diarrea es muy copiosa, se aconseja administrar agua aluminosa; medio de cuya eficacia habla, como ninguno, Mondiere. Esta tisana, propuesta tambien en la disenteria, se prepara de la siguiente manera:

R.	Agua ligeramente templada.	3 libras.
	Clara de huevo..	núm. 6.

Agítese poco á poco, hasta que quede todo bien mezclado, y añádase:

Agua de flores de naranjo.	1 dracma.
Azúcar.	C. S.

Otros emplean, al mismo tiempo que los medios precedentes, los *astringentes* suaves, principalmente en lavativas. Se pondrá pues una lavativa de *agua de cebada* que contenga dos dracmas ó algo mas de *ratania*. Pero estos medios nunca se hallan tan indicados como en la enteritis crónica, de que bien pronto hablaremos, y otro tanto sucede con las lavativas, los *cateréticos* ligeros, y en especial con el *nitrato de plata*, medicamentos cuya accion se reduce á la membrana de los intestinos gruesos.

Si se admitiese con Stoll la existencia de *enteritis biliosas*, tendríamos que recurrir á los vomitivos y á los purgantes, pero no encontramos razon ninguna que nos autorice á usar dichos medios, de que volveré á hablar cuando trate de la disenteria; por el contrario, no puede ser conducente complicar así un tratamiento, cuando prueban tan bien los agentes mas sencillos. Veámoslos aquí en una sola prescripcion.

Prescripcion.

1.° Para tisana, cocimiento ligero de arroz, que contenga jarabe de goma ó de membrillo.

2.° Todos los dias la cuarta parte de una lavativa de agua de malvabisco ó de linaza, que contenga:

Láudano de Sydenham.. . . .	10 á 12 gotas.
Almidon..	1/2 á 1 dracma.

En los recien nacidos no pasará de una gota la dósis de láudano, ni de escrúpulo y medio la de almidon. A la edad de tres ó cuatro años, se podrá aumentar la dósis hasta dos gotas, y así sucesivamente.

3.° Si son muy vivos los dolores de vientre, una cataplasma laudanizada sobre el abdómen.

4.° En lo fuerte de la enfermedad, dieta absoluta. Despues de mitigar los síntomas principales, empezará la alimentacion por caldos, sopa de arroz, huevos pasados por agua despues, y se irá aumentándola progresivamente, pero con prudencia.

En este tratamiento es inútil dar un resúmen.

ARTICULO III.

ENTERITIS CRÓNICA.

La enteritis crónica es afeccion que casi nunca se presenta mas que en el curso de enfermedades graves crónicas tambien. Cuando se la ha visto prolongarse muchos septenarios, casi siempre se encontraba la causa de su tenacidad en estravíos de régimen, que no la modificaron característicamente, puesto que cedió á un régimen severo, y á un tratamiento bien entendido.

No es pues difícil comprender por qué no quiero detenerme mucho en esta clase de enteritis.

Los síntomas que se atribuyen á la enfermedad, cuando se halla en estado de simplicidad, son *deyecciones líquidas*, que ordinariamente no esceden de cinco ó seis por dia, que conservan su aspecto *estercoráceo*, y solo son notables por su liquidez; algunos *cólicos*, *ruido de tripas*, *enflaquecimiento* mas ó menos notable, *sequedad de la piel*, *alteracion del rostro*, y alguna *aceleracion del pulso*. Y digo se atribuyen, porque aún no se ha dado ejemplo bastante auténtico de que se les haya observado.

Los sugetos afectados de tubérculos son los que mas padecen esta afeccion intestinal, de que he hablado bastante al tratar de la *tisis pulmonar*.

Para combatirla, se han usado los mismos medios prescritos á los tuberculosos afectados de diarrea crónica, ó sean *opiados*, *astringentes* y algunos *escitantes esternos*; ó bien se ha recurrido á varias medicaciones particulares, á los *tónicos*, *ferruginosos*, *aguas minerales* naturales, como *la de Bussang*, etc. Pero seria entrar en detalles supérfluos, si insistiéramos sobre una afeccion, descrita, sí, por los autores, pero muy rara vez observada.

ARTICULO IV.

DISENTERIA.

La disenteria, afeccion conocida desde la mas remota antigüedad, fué tratada por Hipócrates en muchos puntos de sus obras (*de Dieta, lib.* III, *cap.* XIX; *de Aere, aquis et locis*; en el libro de las *Epid.*, etc.), y despues ha sido estudiada por infinitos autores. Para hacerse cargo de cuánto se habrá escrito acerca de esta afeccion, baste decir que en el tratado de J. Franck ocupan mas de treinta páginas el nombre de los autores, y el título de sus obras. Las mas célebres de entre tantas investigaciónes nos parece que son las de Sydenham, Zimmermann (*Von der Ruhr. unt. dem. Volke;* Zurich, 1767), Stoll (*Rat. méd.*, tomo III, pág. 247), Pringle (*Maladies des Armées*), y en estos últimos años las relaciones de epidemias de Trousseau y Parmentier (*Arch. gén. de Méd.*, serie 1.ª, tom. 13 y 14), de de Thomas, de Tours (*ibid.*, serie 2.ª, tomos 7, 8 y 9), de Masselot y Follet (*ibid.*, abril, mayo y junio, 1843), y los trabajos de anatomía patológica de Gély (*Journ. de Méd. de la Loire-Infér.*, 1838).

A pesar de tantísimos trabajos, quedan envueltos aún en dudas y oscuridad muchos puntos de la historia de la disenteria. Todavía dura parte de la disidencia que reinára acerca de la naturaleza de la enfermedad, de las lesiones anatómicas que la caracterizan, hoy que nos abren un estudio minucioso los progresos de la anatomía patológica. Ya veremos, en el curso de este artículo, cuáles son las opiniones mas racionales.

Las mas de esas numerosas especies en que se ha dividido la disenteria, tan importantes en concepto de los autores, adolecen de diferentes vicios, por haber confundido bajo el nombre de *disenteria* enfermedades muy diversas, sin mas razon que la de existir un *flujo de vientre* mas ó menos abundante. Esto es lo que principalmente se nota en la division de Stoll, que trató de establecer seis especies de disenteria. Pero baste decir que actualmente no se reconocen mas que la *infebril* y la *febril*, la *aguda* y la *crónica;* division á que tenemos que añadir la distincion, importantísima por cierto, de *esporádica* y *epidémica*.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

En el estado actual de la ciencia no es posible definir la disenteria, ni por su naturaleza, ni por las lesiones anató-

micas à que dá lugar; asi es que habremos de limitarnos, como hacen los autores, á esponer sus síntomas principales. Esta afeccion se halla caracterizada por deyecciones numerosas, con dolores de vientre mas ó menos vivos, y espulsion de materias mucosas, mucoso-sanguinolentas, y á veces sanguíneas. Verdad es que hay algunos otros síntomas que no carecen de interés; pero no sé á qué esponerlos ahora, cuando queda bien caracterizada la afeccion con los que acabamos de enumerar.

La disenteria ha sido designada con los nombres *tórmina*, *fluxus dysentéricus*, *cruentus*, *torminusus*; *rheuma ventris*; *febris dysentérica*, *flujo de sangre*, *colitis aguda*, etc. Sin embargo, *disenteria* es la palabra mas del caso, porque no prejuzga la naturaleza de la enfermedad, naturaleza no bien conocida aún.

Si la disenteria leve infebril se observa *con frecuencia* esporádicamente, la aguda, por el contrario, viene tantas veces constituyendo epidemia, que no hay ninguna mas frecuente que la de esta enfermedad. Los mas de los autores citados han emprendido sus investigaciones en algunas de esas epidemias observadas en diversas comarcas.

§. II. — Causas.

1.° *Causas predisponentes.*

Hé aquí cómo se espresa acerca de este punto el doctor Ozanam (*Hist. des Maladies épid.*), á quien debemos las principales historias de epidemias: «La relacion que acabamos de hacer nos dice que la disenteria se manifiesta en todos los climas y en cualquier estacion, y que no respeta edades, sexo, ni condicion; de modo que es imposible conocer á punto fijo su causa primordial.»

Pero veamos lo que acerca de las causas predisponentes nos enseñan los autores, ateniéndose mas bien á impresiones generales que á investigaciones concienzudas. Los hechos no nos dicen claramente que haya una *edad* mas espuesta que otra á la disenteria: si en ciertas epidemias la han sufrido con mas rigor los niños ó los ancianos, estos son hechos escepcionales de que no podemos formar regla general. Tampoco sabemos nada de positivo respecto de la influencia del *sexo*.

Generalmente se cree que los individuos que padecen ya una *afeccion*, y tienen mas ó menos *deteriorada* su *constitucion*, contraen con facilidad la disenteria. Sin negar nosotros

la posibilidad del hecho, diremos, sin embargo, que muchos de los autores partidarios de esta opinion, y en particular Fallot (*Memoria acerca de una disenteria epidémica, observada en el Hospital militar de Namur en el invierno de* 1831 *á* 1832; *Arch. gén. de Méd.*, tomo 29) incluye bajo el título de disenteria muchas afecciones diferentes, y con especialidad enteritis simples.

¿Predispondrán á la disenteria un *régimen* irritante los *escesos* y el *abuso de los purgantes*? Tan lejos se halla de estar demostrado como la influencia del *temperamento*. La transmision hereditaria, por último, se funda tambien en simples hipótesis ó hechos escepcionales.

Climas. Todos los autores están conformes en reconocer que el clima tiene mucha influencia. Las *regiones intertropicales* son las mas castigadas por la enfermedad en estado endémico, y en donde son mas frecuentes las epidemias.

Estaciones. En vista de lo dicho, y ateniéndonos á la opinion de Ozanam, no deben ejercer mucha influencia las estaciones. A principios del *otoño*, sin embargo, se han observado numerosas epidemias que se prolongaron durante el *invierno*. El desarrollo de la enfermedad se atribuye al tránsito rápido del mucho calor al frio húmedo.

Relativamente á las *localidades* y á las *profesiones*, no diré mas sino que son del todo insuficientes los datos que de esto tenemos. Masselot y Follet (*loc. cit.*) no han encontrado en tales condiciones cosa alguna que pueda dar cuenta de la enfermedad epidémica que sufrió Versalles en 1842.

2.° *Causas ocasionales.*

Estas causas hay que dividirlas en las que lo son de epidemias y las que producen casos aislados de disenteria.

Mas arriba hemos visto que se puede tener por la causa principal de las epidemias el tránsito de una *temperatura muy alta* á una *fria y húmeda*. Autores hay que opinan que mas bien proceden del *calor húmedo*; y se han considerado, en fin, como muy á propósito para producir la afeccion, los *cambios bruscos* de temperatura, esplicándose de esta manera su forma endémica en las regiones intertropicales.

Tambien se incluyen entre las *causas ocasionales de las epidemias*, las *grandes fatigas* del servicio militar, la *alimentacion escasa*, el uso de *frutas* llamadas *frias*, ó sean *verdes*, las pasiones tristes, el terror, en una palabra, cuanto propende á debilitar profundamente la economía. Pero no hay causa á que se haya dado mas importancia que á las *exhala-*

ciones miasmáticas: muchísimos son los hechos que se citan para probar que las de los *cuerpos en putrefaccion* producen la disenteria, aun con caractéres epidémicos. Sabido es el hecho referido por Desgenettes; esto es, que en el Cairo apareció una epidemia á causa de las emanaciones miasmáticas que desprendiera el cadáver de un animal en putrefaccion. Es probable que Masselot y Follet hayan aventurado mas que todos los autores que les precedieron, en esto de atribuir la enfermedad á un verdadero envenenamiento por *efluvios pantanosos*. Las razones en que se fundan son: que antes y despues de la epidemia sopló mas que ninguno el viento del Este, que justamente es la direccion en que se hallan situadas en Versalles las lagunas, y que la epidemia fué precedida y acompañada de muchas fiebres intermitentes. De esto infieren que hay una analogía evidente entre ambas enfermedades, y que bastan todas estas razones para atribuirlas á la misma causa. Creo que no hay necesidad de decir que aquí no existe una demostracion verdadera: este aserto no pasa de ser un cálculo que pide hechos que aumenten ó disminuyan las probabilidades de certidumbre.

En cuanto á las *causas ocasionales que producen casos aislados de la enfermedad*, ó que la determinan en varios individuos durante una epidemia, no difieren sensiblemente de las que acabamos de enumerar. Por lo tanto pueden producir una disenteria esporádica, ó bien hacer que la padezcan individuos que, á pesar de reinar una epidemia, acaso no la contraerian sin la accion de ellas, los escesos, los irritantes del tubo digestivo, las pasiones tristes, la inspiracion de materias pútridas, el uso de frutas verdes, la escasez de alimentos, etc. Muchísimos son los ejemplos que poseemos de sugetos afectados de disenteria por haber asistido á una exhumacion practicada sin las debidas precauciones, á la abertura de los pozos inmundos, á la diseccion de cadáveres que despedian olor pútrido, etc.

La del *contagio* es la cuestion que ahora nos queda, y en ella nos veremos cercados de numerosísimas dificultades. Para los unos, nada hay mejor demostrado que el contagio; para otros, no existe ni en los casos de epidemia, y entonces solo hay una simple *infeccion*. Por lo general las observaciones no tienen la precision que se requiere para decidir en este punto; pero hay algun número de hechos que tienden á probar la existencia del contagio, al menos en ciertos casos particulares; así es que se asegura haber visto sugetos que contrajeron la disenteria por haberse sentado en un servicio

que contenia materias espelidas por un disentérico. ¿Mediará, no obstante, en estos casos, una accion parecida á la de los cadáveres en putrefaccion? Tambien está observado que la dolencia ha sido importada por enfermos á un lugar donde no se veia, y que se comunicó con muchísima rapidez. Sirva de ejemplo el siguiente hecho, referido por Fallot (*loc. cit.*): en el hospital de Namur introdujeron la disenteria unos soldados procedentes del hospital de Lovaina, y en seguida la padecieron otros enfermos, pero únicamente de los contenidos en el hospital. Por último, en vista de nuestras incertidumbres acerca de casi todas las causas, tenemos que confesar que aún nos queda mucho que hacer para conocerlas, y que necesitamos investigaciones exactas y minuciosas.

§. III.—Síntomas.

Para describir la disenteria, no conviene dividirla en esporádica y en epidémica. Si bien es verdad que en las epidemias es lo regular que adquiera esta enfermedad una violencia estraordinaria, y que en el estado esporádico se presente casi siempre benigna, no hay que dudar tampoco que á veces se dan casos aislados tan intensos como si fuesen epidémicos, y que entre estos se encuentran algunos tan leves como los de disenteria esporádica. Mejor es dividir la afeccion en *febril* é *infebril*; porque los signos de reaccion, y bien se puede decirlo sin temor ninguno, señalan la violencia del mal, al menos en cierta época.

Disenteria infebril. Ella es la que algunos autores describen con el nombre de *benigna*, y casi siempre se observa, como mas arriba he dicho, en los casos *esporádicos*. Sus síntomas, repito, se parecen mucho á los de la enteritis simple. Por lo comun principia por cólicos, retortijones de vientre seguidos de dolores mas intensos en el trayecto del colon y muchas ganas de ir al servicio. Dichos cólicos y deyecciones repiten despues de intervalos generalmente cortos, y bien pronto viene el síntoma llamado *tenesmo*. Entonces sienten los enfermos necesidad de hacer cámaras, pujos, por lo comun hácia la parte inferior del intestino grueso; y, si se sientan en el servicio, hacen esfuerzos fatigosos, que producen dolor y no alcanzan á espeler materia ninguna.

Las *materias* depuestas son fecales y líquidas primero, y á veces contienen porciones de alimentos mal digeridos. Despues se reducen á un *moco sanguinolento*, viscoso, y en ocasiones espumoso. Tambien solemos encontrar en ellas,

aunque raras veces, *pedazos seudo-membranosos*, de cuya naturaleza me ocuparé mas adelante.

Dejo sin esponer otros muchos síntomas atribuidos á esta especie de disenteria, porque pertenecen particularmente á aquella de que vamos á ocuparnos, y tan solo debo añadir que una *debilidad* mas ó menos profunda, cierta *sensibilidad al frio* y el *pulso* normal ó algo débil y tardo, son los únicos *síntomas generales* que trae esta afeccion.

Disenteria febril. Esta forma, que es la que casi esclusivamente se observa en el curso de las epidemias, se ha llamado *disenteria maligna*, *grave*, etc. La diferencia principal que hay entre esta y la precedente está efectivamente en la intensidad de los síntomas. Y, si Masselot y Follet (*loc. cit.*, pág. 150) dicen que en los casos muy graves no hay reaccion, semejante hecho, sin embargo, desmentido por numerosísimas observaciones, no pudo contar con el voto de estos observadores distinguidos, sino porque examinaron á los enfermos en una época muy avanzada. A la verdad; en su Memoria se ven casos en estremo graves acompañados de un movimiento reaccionario evidente, y otros cuantos en que no se cuida de atender á los síntomas generales.

Invasion. La de esta enfermedad varía mucho en razon de los casos: en unos principia por síntomas generales; en otros no sobrevienen estos hasta que ya hay síntomas generales mas ó menos intensos y de diferente duracion. En este último caso se observan, alguna cefalalgia, sed, á veces vómitos, aceleracion del pulso y elevacion del calor; síntomas que vienen seguidos inmediatamente de los cólicos y de todos los caractéres de la disenteria. Cuando esta es sumamente grave, pasan los enfermos instantáneamente del estado de salud á uno morboso gravísimo, con motivo de venir simultáneamente y con muchísima rapidez los síntomas generales y los locales; si bien suele bastar algunas veces la violencia de los últimos para producir tanta alarma. Esta especie de *invasion fulminante* apenas se observa mas que en los casos de epidemia.

Síntomas. Los cólicos son con frecuencia en estremo violentos, y, aunque ocupan casi toda la estension del vientre, siguen de preferencia el trayecto de los intestinos gruesos. Las *deyecciones líquidas* vienen muy pronto tras ellos, del mismo modo que en la forma precedente; pero tardan menos tiempo en tornarse mucosas, mucoso-sanguinolentas y á veces sanguíneas, y entonces es cuando prin-

cipalmente crece el *tenesmo*. Sugetos se han visto que iban ciento y doscientas veces al servicio (véase Thomas, *loc. cit.*), y, á pesar de sufrir retortijones crueles, no deponian nada ó cortísima cantidad de *materias viscosas* mezcladas íntimamente con un poco de sangre. Tambien se sienten en el *ano dolores* mas ó menos vivos: el enfermo esperimenta en la parte inferior del recto la sensacion de un cuerpo estraño, ó bien un escozor que puede llegar á ser tan fuerte cual si fuese de quemadura.

Por lo regular estos son los casos en que se deponen esos *copos* ó *pedazos seudo-membranosos* que algunas veces tienen la forma del intestino, y han dado márgen á que se crea en la espulsion de un pedazo de este órgano, ó, al menos, de su membrana interna. Pero ya volveré á tocar este punto cuando trate de la *anatomia patológica*.

Las deposiciones no contienen verdadero *pus* hasta que está bastante adelantada la enfermedad, cuando ha tomado cierto carácter de cronicidad; y ni aun entonces se encuentran dichas materias tan á menudo como algunos autores pretenden. Masselot y Follet, que han fijado la atencion sobre este punto, no han visto deyecciones con pus sino en un caso, pero bastante notable, pues que dicho producto corria, por decirlo así, involuntariamente.

De parte de los demas órganos no encontramos nada que esté en relacion con la violencia de estos síntomas concentrados al abdómen. Los únicos orgánicos que atribuirle podemos á la disenteria, son, la inapetencia, la sed, viva por lo comun, y una diarrea mas ó menos considerable, ocasionada principalmente por la ansiedad que producen los cólicos.

Los *síntomas generales*, por el contrario, son muchos y muy intensos. La *piel*, *caliente* primero, y *fria*, sobre todo en las estremidades, cuando ha progresado bastante la enfermedad, está *seca* por lo comun y á veces *rugosa*. A no ser en la disenteria poco intensa casi nunca se observan los *sudores* mas ó menos abundantes que hemos encontrado en la *enteritis aguda*. El *pulso*, frecuente en los primeros tiempos, es lo regular que se torne duro, y á continuacion pequeño, filiforme y miserable; conservando ú aumentando su frecuencia unas veces, relajándose de una manera notable otras. Lo mismo sucede con los *latidos del corazon*, que de otra parte nada de particular ofrecen.

El *rostro*, que en los primeros momentos espresa angustias mortales, revela en seguida el desaliento y el abati-

miento, al mismo tiempo que se afilan las facciones, y se tornan lánguidos y entreabren dificilmente los ojos. A veces cambia esta espresion y se contraen momentáneamente las facciones, con motivo de venir un cólico; pero inmediatamente reaparece la espresion de abatimiento. En los últimos momentos, por fin, toma la cara el aspecto por el que se le ha dado el epíteto de *hipocrática*.

Las *fuerzas* se abaten muy pronto en la disenteria, y hácia el fin de su curso, cuando debe terminar por la muerte, toman los enfermos esa actitud de abandono que hace que si se incorporan en la cama sea menester sostenerlos.

La *sensibilidad al frio* sigue progresando. Los enfermos se hacen un ovillo á fin de calentarse, y por lo comun caen en una *soñolencia* interrumpida frecuentemente por cólicos y ganas de ponerse en el servicio.

En medio de estos síntomas tan graves permanece íntegra, sin embargo, la *inteligencia*, y si los sugetos parecen indiferentes á cuanto les rodea, mas bien es á consecuencia del abatimiento de las fuerzas y del anonadamiento que resulta de sufrimientos tan vivos, que por tener debilitadas las facultades intelectuales. La *frialdad*, en fin, gana terreno, se embarazan cada vez mas la respiracion y la circulacion, y los enfermos sucumben sin que venga verdadera agonía ó despues de padecerla muy corta.

En los casos que han de terminar por la curacion, principian á ser menos frecuentes los cólicos y las deyecciones, y despues disminuyen notablemente de violencia. En seguida se advierten algunos fragmentos de materias fecales envueltos en el moco, vuelve el calor, se eleva el pulso, y los enfermos entran en una convalecencia que por lo comun es rápida.

Complicaciones. Este es el punto á que mas se ha atendido para establecer las diversas especies de disenteria. Así, se ha descrito una *disenteria escorbútica*, que no consiste en otra cosa mas que en esas deyecciones sanguíneas que vienen en el escorbuto; pero esto no constituye una disenteria, no pasa de ser un síntoma de la enfermedad principal. Habiéndose observado tambien en su curso muchas *erupciones* se ha querido formar con esta complicacion una especie particular, imponiéndole el nombre de *disenteria exantemática*, *erisipelatosa*, *miliar*. Pero las investigaciones de los autores no han probado que en estos casos hubiese mas que simples coincidencias, y otro tanto debemos decir de la disenteria *reumática* y *verminosa*. En prueba de ello, no hay

mas que observar que esas complicaciones de que se han formado especies distintas no han aparecido sino en casos de epidemia, y en que por consiguiente eran afectados muchísimos sugetos en las condiciones mas diferentes.

¿Sucederá lo mismo con la llamada *disenteria intermitente*? Muchos autores, y en particular Torti (*de Febribus*), Morton y P. Frank, sostienen que existe esta especie particular, fundándose en que las epidemias de disenteria han coincidido con otras de fiebres intermitentes, y en que los febricitantes son los que mas fácilmente la contrajeron. Aun muy recientemente, como mas arriba hemos visto, han anotado esta coincidencia Masselot y Follet (*loc. cit.*), coincidencia notable en la epidemia que describen, y han llegado á creer que la causa de la disenteria es la misma de la fiebre intermitente. Por ser interesantes estos hechos, conviene que se observen otros parecidos con el rigor que actualmente preside en la observacion.

Esto supuesto, no citaré como complicaciones de disenteria, sino las enfermedades de los órganos abdominales, ó sean las *hemorroides*, *anginas*, etc.; y con todo eso hay probabilidades de que tambien existan coincidencias en los casos de este género.

Hay ademas otra especie de disenteria admitida por los autores, que no depende de complicaciones, como sucede con las precedentes, y es la *disenteria de los paises cálidos*. Pero nada de particular encuentro en las descripciones que de ella nos han dejado los observadores, y especialmente Sir G. Ballingal (*Obs. on Dysentery*), citado por J. Brown (*Cycl. of pract. Med.*, vol. I, artículo Dysentery): toda la diferencia, si alguna hay, es probable que consista en la mayor intensidad de la afeccion, y esto no puede constituir una especie particular.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la disenteria infebril es muy rápido, y contínuo tan á menudo como el de la febril: la afeccion llega á su apogeo en algunas horas ó en muy pocos dias. Algunas veces se han observado *recaidas*, causadas ya sea por un régimen desacertado, ya por haberse recrudecido una epidemia cuando el enfermo creia tocar la curacion. Tambien han sido bastante frecuentes verdaderas *recidivas*; porque la disenteria es una de esas afecciones que se sufren mas de una vez en la vida, y á la que están espuestos particularmente ciertos sugetos para padecerla con frecuencia.

La *duracion* es muy variable, sobre todo en razon del tratamiento. Efectivamente, tratada cual conviene la *disenteria infebril*, puede muy bien disiparse en dos, tres ó cuatro dias. La *febril*, por el contrario, dura á lo menos un septenario y no es raro ver que se prolongue mas, principalmente en tiempos de epidemia.

La *disenteria infebril termina* siempre favorablemente, á no mediar circunstancias del todo escepcionales; y en los mas de los casos se disipa con facilidad la febril *esporádica*. Pero no sucede así; de muy diferente modo acontece con la *epidémica*. Segun las estadísticas de los autores, y de Ozanam en particular, es probable que la disenteria sea la mas mortífera de todas las afecciones epidémicas. La muerte puede venir en poquísimo tiempo, y así es que ha habido sugetos que sucumbieron en menos de dos ó tres dias. Algunas veces, por el contrario, tiende á tornarse crónica la enfermedad, y toma caractéres de los que espondremos mas adelante.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas de la disenteria han promóvido, principalmente en estos últimos tiempos, discusiones muy interesantes. Para Hipócrates era indudable que en esta afeccion hay *úlceras intestinales*, y su opinion fué seguida, hasta que Sydenham dijo que en cierto número de casos no se veia ulceracion ninguna. Pocos años hace que llevándose Thomas de la opinion de los antiguos, consideró como carácter esencial de la disenteria, unas úlceras de los intestinos gruesos, y recientemente han vuelto á suscitar esta cuestion importante Gély, Masselot y Follet.

En concepto de estos autores no se establecen las ulceraciones hasta que ya cuenta algunos dias la disenteria. Pues bien, ¿qué hay antes de dichas úlceras? Nada mas que el engrosamiento, la tumefaccion y un reblandecimiento mas ó menos profundo de las paredes intestinales, ó sean los signos de una inflamacion violenta. Aquí no vemos como en la *fiebre tifoidea* y en la *tisis* alteraciones del todo especiales que anuncien la naturaleza primitivamente ulcerosa de la lesion; y esta es la razon primera que nos induce á creer que las ulceraciones disentéricas son esclusivamente hijas de una inflamacion muy violenta. Verdad es que Thomas dice haberlas visto principiar constantemente por el orificio de los folículos; pero Gély, que ha estudiado escrupulosísimamente este punto, nos prueba no una vez sola que, dilatada la

abertura de los folículos á causa de su hinchazon, simula una verdadera ulceracion. Masselot y Follet, por otra parte, que han emitido opiniones particulares de que despues hablaré, atribuyen la ulceracion á dos causas principales: primero al reblandecimiento del cuerpo mucoso; segundo, á la gangrena.

Como quiera que se formen, se presentan estas ulceraciones bajo dos aspectos muy diferentes, descritos perfectamente por Gély. En ocasiones son vastas destrucciones de la mucosa que, interesando mas ó menos profundamente los tejidos subyacentes, suelen dejar al descubierto la membrana muscular, y aun perforar, como de ellos cita ejemplos Thomas, hasta la peritoneal. Otras veces vemos infinidad de ulceritas ó mas bien de orificios pequeños ulcerados en la membrana mucosa, cuyo tejido celular subyacente está supurando. Hay casos, en fin, en que encontramos *escaras gangrenosas*, desprendidas en algunos puntos y adherentes en otros, lesion que á veces es tan estensa, que parece completamente destruida toda la pared interna de los intestinos gruesos.

¿Existen estas ulceraciones en la disenteria infebril ó esporádica, ó sea la benigna de algunos autores? Si se atiende á lo rápida que es la curacion debemos estar por la negativa, y tendremos tambien otra objecion en contra de que las úlceras constituyan el carácter esencial de la disenteria.

Aunque es mucho mas raro que estas ulceraciones hayan destruido todo el grosor del intestino, y producido así una perforacion, se citan sin embargo ejemplos de ello, y entonces venia una *peritonitis sobreaguda* que mataba bien pronto á los enfermos.

Hay otra lesion cuyo conocimiento es muy importante, y es la existencia de *productos seudo-membranosos* que cubren las ulceraciones y pueden simular la membrana mucosa. Este producto, muy frecuente por cierto, esplica la presencia de pedazos seudo-membranosos en las deyecciones. Mas adelante veremos á qué le han atribuido Masselot y Follet.

En seguida vienen *abolladuras* formadas tanto por el engrosamiento de las túnicas como por la contraccion de las fibras musculares, abolladuras conocidas de todos los autores; y sucesivamente la hinchazon notable de los folículos, y los diferentes grados de color propios de las inflamaciones en sus diversas épocas, desde el encarnado vivo hasta el azul de pizarra. Y si Masselot y Follet infieren que las lesiones no proceden de una verdadera flegmasia, porque es lo

comun que el intestino se encuentre con un rojo obscuro, semejante conclusion sin embargo parecerá poco legítima si se recuerda que nunca se encuentra con mas frecuencia dicho color en el cadáver que en las inflamaciones mas francas.

Se ha encontrado, en fin, en el interior de los intestinos mucho *moco sanguinolento*, sangre pura, que se la hecho brotar de las partes ulceradas, un detritus oscuro, verdoso, evidentemente *gangrenoso*, y en ocasiones por último materias purulentas. Tales son las lesiones que se han encontrado en el órgano mas afectado: veamos ahora cómo esplican su formacion Masselot y Follet. En concepto suyo, recayendo primeramente la lesion en la epidermis intestinal, porcion de tegumento de cuya existencia responde Flourens, produce en primer lugar esa alteracion conocida con el nombre de *falsas membranas*. Despues viene el reblandecimiento de los tejidos mucoso y submucoso, y de aquí las ulceraciones mas ó menos vastas de que hemos hablado. Progresando, en fin, el reblandecimiento, puede llegar á producir una verdadera perforacion. Y en vista de la esposicion sucinta de la opinion de Masselot y Follet, fundadas de otra parte en disecciones hábiles y escrupulosas ¿no es de inferir que la afeccion es de naturaleza inflamatoria mas bien que de ninguna otra?

Las alteraciones que se encuentran en los demas órganos no son de la mayor entidad. Y no hay ningunas otras que importe mencionar mas que las inflamatorias del estómago é intestinos delgados, el reblandecimiento del hígado, riñones y bazo, los equímosis, citados principalmente por Masselot y Follet, que ocupan la mayor parte de los órganos, la retraccion de la vejiga y la distension de la biliar por un líquido negro, pegajoso y grumuso. Semejantes cambios es indudable que mas bien parecerán el efecto que la causa real de la enfermedad. Entre tanto, fundándose dichos autores en la existencia de estas diferentes lesiones y en el resultado del análisis de la sangre de los disentéricos, análisis que manifestó de una parte disminucion notable de fibrina y glóbulos, y de la otra un aumento considerable de la parte serosa, han querido hacer de esta enfermedad una primitivamente general, cuya causa primordial sea una alteracion de la sangre. Pero tales esperimentos son visiblemente defectuosos: era menester haber sabido si la sangre estaba ya alterada cuando aparecieron los síntomas primeros, y de otra parte hay muchísimos casos en

que, cuando es incipiente, la disenteria parece de tal modo limitada al intestino, tan bien localizada, que es difícil concebir una alteracion de la sangre. Habrá, sí, en las epidemias alguna cosa impalpable, una causa desconocida; pero está totalmente por demostrar que sea una alteracion primitiva de los líquidos.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La disenteria es tambien una afeccion que por lo general se diagnostica fácilmente. Entre las enfermedades con que se puede confundir se citan, primero las *hemorroides internas*. Sabido es que en esta enfermedad hay pujos y deyecciones sanguinolentas, y que estos síntomas pueden tornarse bastante intensos, cuando existe cierto grado de inflamacion en la parte inferior del recto; pero si en algun caso se nos ofreciesen dudas, las desvaneceria el tacto rectal, y así es que no debemos detenernos mas en este diagnóstico. Ya hemos visto la dificultad que habia en distinguir la disenteria infebril incipiente de la *enteritis* simple. Pasado algun tiempo, bastan para quitar toda incertidumbre las mucosidades sanguinolentas, los dolores en el trayecto del colon y el tenesmo.

El *cólera-morbo* se diferencia tanto de la disenteria, que no es necesario establecer diagnóstico.

En cuanto á los varios *cólicos* que traen diarrea, como son *el de cobre* y el *vegetal*, enfermedad de que ya hablaremos en los capítulos consagrados á los envenenamientos, dejo para despues de describirlos la esposicion de su diagnóstico.

Pronóstico. Ya hemos visto que la disenteria es enfermedad escesivamente grave, si viene en epidemias: la debilidad y lentitud del pulso, el abatimiento completo de las fuerzas, las deyecciones y un tenesmo contínuo, anuncian la muerte próxima.

§. VII.—*Tratamiento*.

Casi tan rico y variado como el del cólera-morbo epidémico es el de la disenteria; pero tenemos que limitarnos á no esponer mas que las medicaciones mas usadas.

Emisiones sanguíneas. En estos últimos años, cuando no se trataba mas que combatir vigorosamente la inflamacion, se han llevado casi todos los elogios las sangrías generales y las locales, siguiendo á los muchos autores que hace largo tiempo las declararon eficacísimas. Sydenham, Zimmermann

y P. Franck, son los que mas empeño tienen en que el tratamiento de la disenteria se inaugure abriendo las venas. Y en efecto, este medio debe dar resultados favorables en una dolencia en que hay signos tan evidentes de inflamacion.

No menos preconizadas, si no mas, han sido las *sanguijuelas*, aplicadas al abdómen ó al ano. Cuando se juzgue conveniente usarlas, es menester hacer, á modo de Thomas, una buena aplicacion, como de veinte, treinta y aun mas; aplicacion que ha de repetirse varias veces. ¿Cuál es el valor real de este medio terapéutico? Muy difícil es calcularlo, y sin embargo, los mas de los médicos de los siglos pasados ó le elogiaron escesivamente, ó le proscribieron del todo. En cuanto á nosotros, nos limitaremos á decir que casi ningun médico se ha contentado con este medio, ni se le ha atribuido enteramente la curacion.

Narcóticos. Mas usados han sido aún que las emisiones sanguíneas, y en particular el *opio* se empleaba desde los tiempos mas remotos, como nos lo prueba Alejandro de Tralles cuando declama en contra del uso intempestivo que de él se hacia en su época (libro VIII, págs. 315 y siguientes, edicion de Haller). Entre los autores que mas le han elogiado, se cita á Ramazzini, quien le atribuyó la curacion de muchos enfermos en la *epidemia de Módena* en 1693. Apenas habrá autor que no le haya tambien recomendado, aunque casi todos con ciertas restricciones. Ya hemos visto que Alejandro de Tralles le atribuia efectos nocivos cuando se administra sin discernimiento, y de esta misma opinion son Hoffmann, Pringle, Zimmermann y otros muchos. Sydenham, por el contrario, Vogler y Schmidtmann, creen que este medicamento es eminentemente útil en todos los casos. En cuanto á J. Franck, es de parecer que basta por sí solo para triunfar de la disenteria leve, y que en la grave hay que asociarle otras sustancias.

¿Qué partido tomaremos en medio de opiniones tan diferentes? Ahora es cuando se dejan sentir todas las dificultades nacidas de la falta de exactitud. Nosotros no podemos decir sino que es sumamente probable que en los casos en que se dice no haber probado el opio, deba atribuirse el mal éxito á la escesiva gravedad de la enfermedad, contra la cual se hubieran estrellado tambien las demas medicaciones.

El opio, medicamento que se usa á la vez por boca y ano, le ha ordenado Guéretin (*Arch. gén. de Méd.*, serie 2.ª, to-

mo VII; *Memoria sobre la Disenteria epidémica del Maine-et-Loire* en 1834) á la dósis de medio á un grano cada dos horas y á veces en mayor cantidad, y dice que es el medio que mejores resultados da.

Pero en *lavativas* es el modo preferible de administrarle.

Todos los dias se pondrán en diferentes veces dos ó tres lavativas, y aun mas, si el caso es muy grave, compuestas de agua de malvabisco ó de linaza que contenga

Láudano.	15 á 20 gotas.
Almidon.	40 granos.

Masselot y Follet dicen haber observado que cuando el pulso baja mucho y hay evidentemente *colapso*, no produce el opio tan buenos resultados como otras sustancias y en particular el nitrato de plata, lo que no está perfectamente demostrado.

Entre los demas narcóticos se citan la *belladona*, el *beleño* y el *datura stramonium* para darles á dósis altas, esto es, á la de medio á un grano cada dos ó tres horas. Aunque estas sustancias obran del mismo modo que el opio, no es tan palpable su eficacia.

Purgantes. Estos medicamentos, cuyo uso proviene de ideas teóricas, se han administrado, ó para desembarazar los intestinos de las *saburras* y de la *bilis acre* que se suponia en ellos, ó simplemente para facilitar las evacuaciones alvinas, etc. Veamos qué nos dice la esperiencia respecto de ellos.

Purgantes salinos. Usados ya por los autores del siglo pasado, y en particular por Zimmermann, han sido preconizados en estos últimos tiempos, sobre todo por Bretonneau y sus discípulos. *El sulfato de sosa ó el de magnesia* son las sales á que mas veces se ha recurrido. El doctor Berggren aconseja la mezcla siguiente:

R. Sulfato de sosa.	áá. partes iguales.
Miel.	

Para tomar una cucharada comun tres veces al dia.

Bretonneau daba indistintamente el sulfato de sosa y el de magnesia, á la dósis de dos á cuatro dracmas en una pocion ó en una lavativa de seis á ocho onzas de líquido. El doctor Cheyne administra el cremor de tártaro á dósis tan altas, que ordena para cada cuarto de hora media onza. El

doctor Meyer, por último (*Hufeland' s Journ.* 1827) se ha servido del nitrato de sosa á la dosis siguiente:

R.	Nitrato de sosa.	de 1[2 á 1 onza.
	Agua comun.	16 onzas.
	Goma tragacanto.	10 granos.

Para tomar á cucharadas.

Tambien podemos ordenar únicamente, como hace Thomas, el *agua de Sedlitz* á la dósis de media botella por dia y de un vaso para los niños. Cualquiera que sea la sal usada, siempre resultan los mismos efectos; ¿pero cuáles son estos? ¿Cómo pueden probar bien estos purgantes en una afeccion que cuenta la diarrea entre sus síntomas principales? Verdad es que no faltan esplicaciones, pero son muy poco satisfactorias. Nosotros nos contentamos con advertir el buen éxito que han obtenido muchos autores y que sus opiniones no están fundadas en pruebas irrefragables. En concepto de ellos, hay ciertas formas de disenteria, y principalmente la llamada *biliosa*, en que prueban mejor que en ningunas otras dichos medicamentos; pero las reflexiones hechas á propósito de estas pretendidas formas de la enfermedad, me dispensan de apreciar el valor de esta opinion.

Otros purgantes. Entre *ellos* encontramos, primero el *ruibarbo*, que es el medicamento de que mas se ha abusado en el tratamiento de la disenteria, como lo prueba Jacobs en una disertacion (Erfürth, 1800), en que condena severamente su abuso. Stoll, Richter y Gall en nuestros tiempos han recomendado dicha sustancia, á la que éste último asociaba otras en la proporcion siguiente:

R.	Tintura de genciana.	1 1[2 onza.
	— de ruibarbo. . . . . } áá.	4 dracmas.
	— de canela. . . . . }	
	Tintura anodina.	10 gotas.

Para tomar una cucharada cada hora.

Muchos prácticos, y en particular Fraser (*Med. obs. and inquiries*, vol. II), Clark (*Beob. üb. die Krankh, in Ost.*; Leipsik 1798), etc., han prescrito el *aceite de ricino*; otros la *coloquíntida*, la *jalapa*, etc.: en una palabra, toda especie de purgantes, sin que á ninguno de ellos podamos atribuir virtudes particulares.

Vomitivos. Los *vomitivos*, y en especial la *ipecacuana*, son medios de mucha suposicion en la terapéutica de la disenteria. Esta sustancia, que forma la base del *remedio se-*

creto de Helvecio, se ha administrado á dosis muy diferentes: lo general es que se dé como emético á la de 20 á 40 granos de una vez. Hay sin embargo autores que quieren que se ordene á dosis mínimas, y así es que Bosquillon hacia tomar de uno á dos granos, dos ó tres veces al dia. Otros médicos, y entre ellos Pringle (*Mal. des Armées*), panegirista de este medicamento, prefieren el *tártaro estibiado*, al paso que Roederer, Vagler, Clark, le reprueban altamente. Y hénos aquí en otra cuestion insoluble por no habernos suministrado datos los autores.

Astringentes. Ninguno se ha usado mas que el *acetato de plomo.* F. Hoffmann le ponia en una mezcla que se creyó tan eficaz, que se le impuso el nombre de *polvos disentéricos.* (1)

POLVOS DISENTÉRICOS DE HOFFMANN.

℞. Azafran astringente de Marte (peróxido de hierro).		1 onza.
Cuerno calcinado de ciervo.		4 dracmas.
Raiz de bistorta.	} áá.	2 dracmas.
— de tormentila.		
Canela.		1 escrúpulo.
Acetato de plomo.		2 escrúpulos.

Mézclese y háganse polvos, de los que se tomará un escrúpulo.

Muchos son los prácticos que se han servido del acetato de plomo. El doctor Mittchel (*the north Amer. Med. and Chir. Journ.*; Filadelfia 1826) le asocia el opio, y da de ambas sustancias de uno á dos granos cada dos ó tres horas; proceder que ha imitado Levrat-Perroton (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*)

Despues es la *ratania* el astringente mas recomendado. Se usa en cocimiento dulcificado con el jarabe de membrillo para tisana, y en lavativas poniendo en agua de cebada dos á tres dracmas de su estracto, que es el modo de usarle los ingleses en los paises cálidos, y como tambien podremos prescribir la *monesia.* Ademas se han usado otros medicamentos que casi tienen la misma accion, cuales son el *sulfato de cobre*, el *de zinc*, el *agua de cal*, etc.

Tónicos. Tambien se ha recurrido á los *tónicos* y á los

(1) El doctor Barthez, médico del hospital de San Dionisio, ha hecho últimamente grandes elogios del sub-acetato de plomo en lavativas, poniendo cien gotas de estracto de saturno por libra de agua.

(*Los traductores*).

amargos, sustancias en que hay algunas que han gozado de la reputacion de ser *escelentes antidisentéricos*. Entre otras se cuentan la *corteza de simaruba*, tan elogiada por Jussieu y despues por Sarconi y P. Franck, la *quina* y el *liquen isländico* administrados solos, ó, como ha sido mas frecuente, unidos á otras sustancias y en particular al opio y á los astringentes. Tambien se ha recurrido en muchas ocasiones á los *ferruginosos*.

Nitrato de plata. Esta sustancia, que segun Masselot y Follet fué Boerhaave quien primero la empleó, estaba casi olvidada, cuando en estos últimos años Boudin y en especial Trousseau, le han atribuido propiedades muy apreciables en el tratamiento de la disenteria. Masselot y Follet (*loc. cit.*), que han pesado los resultados terapéuticos de los medicamentos de que usaban, conceden mucha eficacia, especialmente cuando están muy abatidas las fuerzas, al nitrato de plata, que se disuelve simplemente en agua en estas proporciones:

R. Nitrato de plata. . . . . de 2 á 20 y aun 40 granos.
Agua . . . . . C. S. para una lavativa.

Esta última dósis hay que darla con precaucion, y en los niños muy tiernos tenemos que limitarnos á la disolucion de un grano, cantidad que se irá aumentándola segun la edad.

Aunque sean interesantísimos los hechos referidos por los autores que acabo de citar, no podemos todavía calcular definitivamente la eficacia de este medicamento, á causa de faltarnos otros muchos que estén analizados rigorosa y exactamente.

Diaforéticos. Entre estos medicamentos, que tambien constituyen parte del tratamiento, debo citar en particular el *acetato* y el *hidroclorato de amoniaco*, que son casi los únicos usados. Hé aquí la fórmula favorita de Vogel, y en que entra el acetato de amoniaco en gran porcion.

R. Goma arábiga. . . . . 1 onza.
Azúcar blanco. . . . . 2 dracmas.
Disuélvanse en:
Agua de hinojo. . . . . 2 onzas.
Añádase:
Acetato de amoniaco. . . . . 2 onzas.
Tintura de opio. . . . . de 1/2 á 1 dracma.
Mézclese y tómese una cucharada comun cada dos horas.

Agua albuminosa. Se prescribe en la disenteria aun mas

que en la enteritis simple, la de Baudin de la Pichonnerie (*Journ. de Méd. et de Chir. pract.*, tomo III, pág. 282) preparada de este modo:

R.	Claras de huevo.	núms. 5 ó 6.
	Azúcar pulverizada.	1 1|2 onza.

Pónganse estas sustancias juntamente con algunos perdigones, en una botella de agua, y, agitadas por algun tiempo, queda hecha la mezcla.

En caso de haber dolores violentos añade Baudin á dicho líquido:

Jarabe de acetato de morfina. . . .	2 cucharadas.

ó bien

Láudano de Sydenham.	8 á 10 gotas.

Mondiére (periódico l' *Expérience*) es quien mas ha insistido en el uso de este medio.

Otros varios medios. La nuez vómica ha sido recomendada por muchos autores, entre los que se cuenta á Huffeland, que la prescribia despues de administrar un vomitivo, y en esta forma:

R.	Estracto de nuez vómica.	10 granos.
	Mucilago de goma arábiga.	áá. 1 onza.
	Jarabe de malvabisco.	
	Agua de sauco.	8 onzas.

Al mismo tiempo ordenaba lavativas mucilaginosas, en que han de ponerse de 3 á 4 granos de nuez vómica, y asi componia un tratamiento que ha sido muy elogiado por los doctores Geddings (*the North Amer. med. and Chir. Journ.*, 1834) y Most. Este último usaba el cocimiento de nuez vómica añadiéndole mucho opio.

Los *preparados mercuriales* y en especial los *calomelanos* han cobrado mucha fama, principalmente entre los médicos ingleses. El doctor Amiel dice que está muy satisfecho de haber recurrido en una epidemia de disenteria á este tratamiento:

Desde el principio se toman, por mañana y tarde, 40 granos de calomelanos de una vez, y así se continúa durante cinco ó seis dias. El doctor Annesley asocia el opio á los calomelanos.

Entre las muchas sustancias que nos quedan por citar, preconizadas por varios médicos sin que podamos formarnos una idea, ni aun aproximativa, de su grado de eficacia, se encuentra en primer lugar la *cera amarilla*, medicamento

usado desde tan antiguo que Dioscórides habla de él. Pringle le administraba con bastante frecuencia y en esta forma:

R. Cera amarilla. . . . . 4 dracmas.
Jabon de Venecia. . . . . 1 escrúpulo.
Agua comun. . . . . 1 dracma.

Disuélvase poco á poco, y añádase del mismo modo en un mortero caliente:

Agua de menta piperita. . . . . } áá 3 onzas.
Agua comun. . . . . }
Jarabe de adormideras. . . . . 1 1|2 idem.
Láudano de Sydenham. . . . . 15 gotas.

Tómese á cucharadas.

En esta fórmula vemos que predominan los opiados, y que ha sido muy desacertado atribuir toda la curacion á una sustancia que hay muchísimas probabilidades de que sea inerte ó al menos muy poco activa.

En la fórmula de Willis (véase *Formulario* de Foy), no hay duda de que las sustancias verdaderamente activas son los escitantes y los astringentes que estan unidos á la cera. Así pues no cito estos medicamentos sino para indicar la poca lógica que ha presidido á los esperimentos terapéuticos.

Ahora deberíamos hablar de algunas otras sustancias, como el *fósforo*, prescrito por el doctor Ortel (*Méd. pract. Beob.*; Leipsik, 1804), la *trementina*, aconsejada principalmente por Copland (*the Lond. Méd. Journal*, 1821), el *cloruro de cal*, los *antiespasmódicos*, *etc.*, si tuviésemos acerca de la accion de estas sustancias datos suficientes.

Pero digamos aunque no sean mas que dos palabras respecto al *narciso de prado* (*narcissus pseudo-narcissus*), medicamento al que muchos autores han atribuido virtudes como específicas. Passacuay (*Thesis*, París), que es el que mas ha insistido en su uso, formula la administracion de que se valió para el tratamiento de una epidemia del Jura, así como sigue:

R. Narciso de prado pulverizado. . . . 1 dracma.

Divídanse en tres papeles de los que se tomarán uno al dia, desleido en:

Agua azucarada. . . . . 1 vaso.

El narciso de prado tiene una accion emético-purgante que indudablemente es la causa de que produzca dichos efectos en el tratamiento de la disenteria; pero no está probado que goce de mayor eficacia que los demas vomitivos y purgantes ya citados.

Bebidas, lavativas y afusiones de agua fria. Los líquidos frios, usados, ya al interior ya esteriormente, constituyen

una medicacion particular, y de ella voy á decir dos palabras. En el *Dict. des Sc. Méd.* (tomo 10) dice Brefeld que ha obtenido infinitas curaciones sin mas que administrar agua fria y dar *lociones frias* en el abdómen: el medio favorito del doctor Kent (*the North Amer. Journ.;* 1826) eran las *lavativas de agua fria*; y Nardi y Recamier, en fin, han sido los que han recomendado particularmente las *afusiones frias.* Este último médico recurre á ellas cuando los síntomas adquieren toda su intensidad, y caen los enfermos en el colapso.

Ademas de estas afusiones se han aplicado al *esterior* rubefacientes y vesicantes, principalmente sobre el abdómen, lomos y sacro; pero es mas que dudoso que estos medicamentos hayan sido eficaces en realidad. Restituir el calor á las estremidades, dar en el abdómen fricciones secas y calientes y algunos fomentos emolientes, son los medios que á pesar de su sencillez bastan para el caso.

Resúmen, régimen y prescripciones. Si ahora damos una ojeada á las diversas medicaciones espuestas mas arriba, advertimos que no hay ninguna que merezca mas confianza que la asociacion de los narcóticos con los astringentes. Pero téngase entendido que estos últimos medicamentos no debemos usarlos sino á fines de la enfermedad y en el período de colapso: entonces es cuando debemos recurrir tambien á las lavativas de nitrato de plata. Los preparados del opio, en fin, son, dígase lo que se quiera, los medios que mas prometen.

El *régimen* es cosa muy importante, principalmente en la convalencia; porque sabido es que mientras dure la enfermedad hay que guardar una dieta severa. Es menester cuidar de que los enfermos no tomen demasiado pronto medicamentos muy sustanciosos, y el médico debe ir concediéndolos en este órden: caldos claros, sopas de arroz y de salep, huevos y pescado, y dejarse de alimentos mas sólidos hasta que haya desaparecido toda susceptibilidad de parte de los intestinos.

Primera prescripcion.

En caso de disenteria ligera infebril.

1.° Para tisana, un cocimiento ligero de arroz dulcificado con jarabe de goma ó de membrillo.

2.° Por mañana y tarde la cuarta parte de una lavativa de agua de malvabisco, que contenga:

Láudano. . . . . 10 á 12 gotas.
Para los niños muy tiernos.. . . . . 1 idem.
Almidon. . . . . 1 dracma.

3.° Fomentos emolientes al abdómen.
4.° Dieta severa.

Este tratamiento tan sencillo, nunca deja de corresponder.

Segunda prescripcion.

Para la disenteria muy aguda, con reaccion viva.

1.° La misma tisana, cocimiento de simaruba ó agua albuminosa (*véase* pág. 223).
2.° Una sangría del brazo si es intensa la fiebre, y la aplicacion de veinte ó treinta sanguijuelas al trayecto del intestino grueso, que ha de repetirse como el caso lo exija.
3.° Una píldora de 2|5 á 3|5 de grano de estracto tebáico cada tres horas.
4.° Por mañana y tarde una lavativa de agua de linaza que contenga:

Láudano. . . . . 15 á 20 gotas.
Almidon. . . . . 1 dracma.

Para los niños, la dósis *ut supra*.

5.° Dieta severa y toda la quietud posible.

Tercera prescripcion.

En caso de abatimiento considerable de fuerzas, frialdad en las estremidades, etc.

1.° Tisana *ut supra*, ó bien cocimiento de ratania, de árnica, etc.
2.° Una ó dos lavativas al dia de una disolucion de nitrato de plata (*véase* pág. 223).
3.° Fricciones calientes y secas.
4.° Lo demas *ut supra*.

No me ocupo ahora de las medicaciones particulares por motivo de haberlas espuesto con suficientes pormenores.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas; narcóticos; purgantes; astringentes; tónicos, que comprenden amargos y ferruginosos; nitrato de plata; diaforéticos; agua albuminosa; nuez vómica; preparados mercuriales; cera amarilla; y otros varios medios, fósforo, trementina, etc.; los narcisos de prado, el agua fria al interior, en lavativas y en afusiones, medios esternos y régimen.

ARTICULO V.

DISENTERIA CRÓNICA.

No hay mas que leer los autores para convencerse de que la disenteria crónica está malísimamente definida. Casi todos los que de ella han escrito incluyen en dicho título enfermedades enteramente diferentes, como el cáncer de los intestinos y las afecciones de los demas órganos abdominales que dan lugar á diarreas crónicas, y muchos han tomado por tipo ulceraciones de naturaleza específica de los intestinos gruesos, y que pertenecen particularmente á la enfermedad tuberculosa. Consultados los hechos, se echa de ver que es raro encontrar una disenteria primitivamente crónica; y que casi no quedan mas que los casos en que, habiendo principiado la enfermedad de una manera aguda, se prolonga y toma algunos caractéres del todo particulares. Pero aún se ofrece aquí una dificultad que está por allanar. ¿Cuándo podremos decir que una disenteria ha pasado al estado crónico? Esta cuestion no es tan fácil de resolver en muchos casos. Con todo, si el movimiento febril ha remitido, si han disminuido de frecuencia, y lo que es mas esencial, tornádose purulentas las deyecciones, y hay al mismo tiempo demacracion con síntomas de fiebre héctica, es indudable que se ha vuelto crónica la disenteria.

Esto supuesto, resulta que la disenteria crónica no tiene *causas* particulares cuya existencia esté demostrada por la observacion. En cuanto á los *síntomas*, habiendo ya enumerado los principales, no hay que añadir para completar el cuadro mas que la espresion de languidez, el enflaquecimiento, la palidez del *rostro*, la *sequedad de la piel*, la *sensibilidad al frio*, principalmente en las estremidades, y á veces *derrames de serosidad* en varios puntos del cuerpo.

La enfermedad *marcha* las mas veces muy lentamente, *dura* dos, tres y aun mas meses y casi siempre *termina* por la muerte.

En cuanto á las *lesiones anatómicas*, tambien es la principal la ulceracion; pero una ulceracion que tiene algunos caractéres particulares, entre los cuales son los de mas bulto el color azulado ó pizarreño de las partes que ocupa, el engrosamiento considerable de los tejidos, sobre todo del submucoso, y la capa de pus mas ó menos sanioso que tapiza las úlceras. Aunque se ha dicho que la afeccion puede dege-

nerar en un verdadero cáncer, los hechos desconocidos descubren aquí un error, y es indudable que los casos que á él han dado márgen, son de afecciones primitivamente cancerosas.

El *diagnóstico* es difícil. Si la afeccion ha principiado siendo aguda y no se encuentra en el abdómen tumor ninguno, es de presumir que exista una disenteria crónica simple, y sin embargo hay que guardar todavía mucha reserva en semejante caso; porque muy bien puede haber una enfermedad orgánica, causa de la tenacidad de la diarrea, imperceptible por nuestros medios de investigacion. El tacto rectal dará á conocer los *cánceres* situados en la parte inferior del recto.

El *tratamiento* de la disenteria crónica se compone de medios que todos ellos entran en el de la aguda, y son los *amargos*, los *tónicos*, los *astringentes* á dósis altas, las *fricciones secas aromáticas* en el tronco, un *régimen severo*, y principalmente las lavativas de *nitrato de plata* (véase *Disenteria aguda*, pág. 227). Inútil será advertir que teniendo la afeccion esta forma no debemos recurrir á ningun antiflogístico, principalmente á las emisiones sanguíneas.

ARTICULO VI.

DIARREA.

Este es otro punto muy oscuro, al menos bajo el aspecto que debemos considerarle aquí. No se trata, en efecto, sino de la *diarrea idiopática* ó *catarral* de algunos autores, puesto que la sintomática se describirá al tratar de las enfermedades de que es un simple síntoma, y aun dudamos si verdaderamente existe dicha diarrea idiopática, esto es, independiente de toda inflamacion. Los juicios que se habian formado acerca de los diversos catarros han sido singularmente modificados en nuestros tiempos, y hemos llegado á conocer que las afecciones llamadas catarrales, y en particular el catarro por escelencia, ó sea el bronquial, están á no dudarlo ligadas á una inflamacion que podrá ser, sí, superficial, pero no por eso menos positiva. Acaso se diga que hay muchas diarreas que son sumamente cortas, y que sus síntomas son tan leves que no revelan inflamacion ninguna, que es lo que principalmente se observa en la *diarrea* llamada *nerviosa*. Pero cuando en la superficie de las mucosas que estan á la vista promueve una irritacion pasajera flujos mas ó menos abun-

dantes, ¿no será factible que suceda otro tanto en lo interior del conducto intestinal? Por lo demas, todo depende del modo de resolver la cuestion subsidiaria de dónde comienza y en dónde acaba la enfermedad, cuestion muy difícil que no tengo la pretension de resolver.

Como quiera que miremos este punto, es lo cierto que en bastantes circunstancias, y principalmente despues de emociones vivas, vemos sobrevenir, ya despues de algunos dolores abdominales, ya solamente de algunos borborigmos, deyecciones líquidas mas ó menos numerosas, comunmente abundantes, y que con corta diferencia son el único síntoma de la levísima afeccion de que se trata. Estos fenómenos duran muy poco, y todo vuelve al órden sin que las mas veces sea necesario emprender ningun tratamiento.

En cuanto á las demas diarreas idiopáticas admitidas por algunos autores, ó sean *la de los niños* y *la asténica*, no está probado que existan, y así es que no me detengo en ellas. Quedan por último las *diarreas críticas*, acerca de las cuales tampoco tenemos sino datos muy poco precisos, y de ellas diré dos palabras al tratar de la enterorrea.

Si fuesen muy frecuentes las deyecciones en la diarrea idiopática y se prolongase la afeccion, no hay mas que prescribir *sustancia de arroz* ó *agua albuminosa*, y poner una ó dos *lavativas laudanizadas* para que desaparezcan los síntomas.

ARTICULO VII.

ENTERORREA.

No obstante ser muy rara esta afeccion, se han reunido unos cuantos ejemplos de ella, entre los cuales no hay ningunos mas interesantes que los citados por Grisolle en su *Tratado de patología*, ejemplos en cuyo número se cuentan, el caso observado en sí mismo por Morgagni, y el muy reciente de un médico del Hotel-Dieu. Siendo muy poco conocida la enterorrea y no teniendo datos ciertos respecto de su tratamiento, poquísimo es lo que de ella puedo decir.

Los fenómenos característicos de la afeccion son *deyecciones serosas*, tan *abundantes* que, en el caso de Morgagni, se espelia en doce horas mas de diez y siete libras de líquido, y que un enfermo observado por Poterius depuso en las veinte y cuatro horas mas de veinte y dos libras de materia serosa; un *dolor* muy ligero de vientre, pero no en todos los casos; *debilidad* escesiva, que por lo comun se prolonga

bastante tiempo despues de la curacion, y un *enflaquecimiento* rápido.

En algunos casos han coincidido con la curacion rápida de algunas enfermedades, y principalmente de diferentes hidropesías, flujos de este género, que son los *intestinales críticos*. Pero estos casos son muy raros; y hoy dia, que se observa atentamente, no se les encuentra tan á menudo como antes.

Respecto del orígen del líquido escretado y del *tratamiento* mas adecuado para suspender el flujo, no tenemos mas que conjeturas.

Los autores antiguos describen otras afecciones caracterizadas por deyecciones alvinas, y denominadas *flujo celiaco*, *lienteria*, *etc.*; pero hoy dia se refieren estos varios flujos á otros estados morbosos, y no se consideran ya como enfermedades particulares. Sépase, sin embargo, que el *flujo celíaco* se describia como una enfermedad en que el quimo ó aun el quilo, se despeñaba en los intestinos y salia por el ano sin haber sido absorbido. Aquí es indudable que el aspecto de las materias escrementicias hizo cometer un error en observaciones superficiales.

La *lienteria* no es otra cosa mas que un estado morboso en que salen alimentos mal digeridos con las materias líquidas escretadas; fenómeno que, como ya hemos visto, se debe atribuir principalmente á las diversas especies de indigestiones.

Tampoco hablaré mas de la *gangrena* de los intestinos, hija, ya de un esceso de inflamacion, ya de la presencia de cuerpos estraños; en una palabra, de causas que han de ser consideradas como afecciones particulares. Otro tanto sucede con la *dilatacion intestinal*, y ademas no tiene ni con mucho la importancia que la gástrica. Pero digamos, aunque no sea mas que dos palabras, de la rotura y de la perforacion de los intestinos.

ARTICULO VIII.

PERFORACION Y ROTURA DE LOS INTESTINOS.

La perforacion intestinal es punto interesante, principalmente á causa de la *peritonitis* sobreaguda consiguiente. Bajo este aspecto merece un estudio esmerado, que será mas del caso emprender en el artículo consagrado á la peritonitis.

La perforacion es muy raro que suceda á una *úlcera simple* de los intestinos, y aun de ningun modo está probado que en los casos citados para demostrar la posibilidad del hecho no se tratase de *ulceraciones tifoideas, tuberculosas* ó *cancerosas*. Por lo demas, en todos los casos, no trae la perforacion ningun síntoma propio; siendo notable tan solo por sus consecuencias. Las causas que se han admitido en la perforacion, ademas de las *heridas penetrantes* y la presencia de *cuerpos estraños*, son los *entozoarios*, la *gangrena*, las *úlceras disentéricas*, *tifoideas*, *tuberculosas*, *cancerosas* y la *destruccion* de dentro á fuera de las paredes del intestino por varias causas orgánicas, como los *abscesos* de los órganos abdominales, *aneurismas*, *etc.*, A mi modo de ver debe bastarnos esta simple indicacion, porque de entrar en pormenores mas estensos no resultará utilidad para el práctico: esta es una cuestion de patología general, ó mas bien de anatomía patológica, en que no debemos detenernos, mucho mas cuando hemos de volver á suscitarla al tratar de la *peritonitis sobreaguda*.

Aún es menos interesante para el patólogo el estado de la *rotura de los intestinos*. Aunque algunos autores creen que puede ser efecto de una *dilatacion enorme*, son, sin embargo, muy raros los casos de este género: casi siempre viene en pos de violencias esternas, y entonces recae todo el interés, como cuando hay perforacion, en la peritonitis subsiguiente. Así pues, no insistimos mas en lesiones que nada significan, sino por ser causa de una lesion gravísima.

ARTICULO IX.

ESTRECHEZ DE LOS INTESTINOS.

La estrechez de los intestinos es sumamente rara en el *estado de simplicidad*, ó sea faltando una afeccion cancerosa ó ulceraciones tuberculosas. Algunos autores, sin embargo, dicen que han observado ejemplos de ella, y segun Krisch y Walther (*Diss. de int. August.*; Leipsig, 1731), citados por los autores del *Compendium*, hay estrecheces intestinales debidas al *acortamiento*, á la *inercia* y al *estupor de las fibras carnosas;* a la *astriccion*, á la *hipertrofia* y al *espasmo*. Pero aún es del todo problemática la existencia de estas diferentes especies.

Las *estrecheces del recto*, órgano que es el mas espuesto á padecerlas, pueden ser en concepto de Laugier un resul-

tado de *infartos* producidos por la *sífilis constitucional*, de *bridas* formadas por la induracion del tejido submucoso, y en otros casos de diafragmas que tengan en su centro una abertura estrecha; disposicion que, segun A. Bérard y Maslieurat-Lagémard (*Gaz. Méd.*; marzo, 1839), depende tambien de la sífilis. El corto número de datos que se poseen suministran la prueba de cuán poco instruidos estamos acerca de las *estrecheees simples de los intestinos*. A veces se ha encontrado *una congénita* que se refiere á una de las especies admitidas por Krisch y Walther, esto es, á la del acortamiento de las fibras.

La *estrechez del recto* es la única á que puede alcanzar el tratamiento, y ella es tambien de la que principalmente nos ocuparemos en este artículo, que á causa de los pocos datos con que contamos no encierra pormenores estensos.

Los *síntomas* de la estrechez intestinal son una *constipacion* mas ó menos tenaz, seguida á veces de *diarrea abundante*, que al fin se obtiene á fuerza de tanto purgante como se usa; el aumento de *volúmen* y la *tension del vientre* por cima del obstáculo; la timpanitis, unas *abolladuras* que sobresalen en el abdómen, formadas por asas intestinales, el *hipo*, *náuseas*, *vómitos* alimenticios ó biliosos; inapetencia en fin, dificultad y lentitud en las digestiones y consuncion. Cuando la estrechez ocupa el recto, hay *pesadez hácia el periné* y *dificultad de espeler la orina*, con motivo de estar comprimida la vejiga por las materias fecales acumuladas encima del obstáculo. Si la estrechez no está situada muy arriba, reconoce el dedo una contraccion con abertura estrecha y bordes duros, contraccion cuya existencia ha de buscarse siempre.

Adelantada algo la enfermedad, es sumamente difícil vencer la constipacion. Si aún vienen deyecciones de cuando en cuando, ofrecen de notable que las materias espelidas tienen muy poco diámetro, que están en forma de *cintas*, como *pasadas por hilera*, en una palabra, que sacan la forma de la abertura estrecha por donde han pasado. Mas tarde todavía se suspende toda escrecion, se abulta enormemente el vientre, hay muchísima ansiedad, á veces se observan *vómitos de materias fecales*, y sucumbe el enfermo, bien á los progresos de una *peritonitis general*, que suele ser efecto de la rotura del intestino, bien á los largos sufrimientos que padece.

La enfermedad es *crónica*: la constipacion, que es su primer síntoma, nunca se establece de pronto. Su *duracion*

es indeterminada. Cuando no ocupa el recto ó una parte poco elevada de la S ilíaca, hay que considerarla mortal, porque nuestros medios de tratamiento no pueden detener sus progresos ni procurar la evacuacion de las materias detenidas.

Mas arriba hemos visto cuáles son las *causas orgánicas* de la afeccion. Corbin (*Arch. gén. de Méd.*, serie 1.ª, tomo 24) ha tratado de probar que casi siempre es efecto de una *ulceracion* la estrechez; pero los hechos que cita, y entre los cuales es el mas notable el que le ha referido el doctor Pages, no pueden decirnos si es ó no de naturaleza cancerosa ó tuberculosa dicha ulceracion. Y en efecto, en un caso observado en la Caridad, vió este médico once estrecheces sucesivas correspondiendo á otras tantas ulceraciones, y Louis ha demostrado en sus *Recherches sur la Phthisie* (edicion 2.ª, página 159) que esta lesion es frecuente en los tuberculosos, y tiene por causa orgánica la ulceracion. A propósito de esto, cita hechos interesantísimos, donde desempeña un gran papel la lesion intestinal, y ellos prueban que por lo menos en el mayor número de los casos no son dichas estrecheces sino una afeccion ligada á enfermedades preexistentes, y que aun la ulceracion que las determina es alteracion dependiente tambien de la enfermedad primitiva.

El *diagnóstico* de la estrechez intestinal situada por encima del recto es bastante difícil, al menos si dicha estrechez pertenece á las simples. Casos hay en que no podemos decir si se trata de una *estrangulacion interna* ó de una simple estrechez; pero mas adelante veremos que la primera no marcha sin intermitencias, que despues de haberse reproducido muchas veces los accidentes adquieren con rapidez una violencia frecuentemente escesiva, y estas consideraciones podrán guiarnos en el diagnóstico.

En cuanto al *diagnóstico de la estrechez del recto* en particular, llegamos á formarle mediante el cateterismo, valiéndonos de candelillas blandas, y usando el aparato indicado por Laugier; pero estos detalles pertenecen en mucho al dominio de la cirugía para insistir en ellos aquí. A veces penetra el dedo hasta la estrechez, y en cierta manera podemos entonces asegurarnos de si realmente la hay simple, parecida á las ya mencionadas.

Tambien pertenece á la cirugía lo principal del *tratamiento* de la estrechez del recto; porque los *diluyentes*, *purgantes* y *lavativas* de diferentes especies no son mas que *paliativos*. Los verdaderos medios curativos son: la *introduccion de candelillas* y *de mechas*, la *incision* de las bridas, la *cauteri-*

zacion de la parte estrechada, y cuando es completa la estrechez é invencible la retencion de las materias, la operacion de un *ano artificial*, sea por el método acreditado nuevamente por Amussat (*Reflexiones prácticas acerca de las obstrucciones del recto*, Gaz. Méd. de París, 1839), sea por otro de los usados. Bien se echa de ver que debo ya dejarme del tratamiento, si no he de salir del dominio de la patología interna.

ARTICULO X.

ESTRANGULACION INTERNA.

El nombre de *íleo* con que antes se designaban todos los obstáculos al curso de las materias intestinales, se ha querido en nuestros dias sustituir por el de *estrangulacion interna*. Pero ni uno ni otro encierra significacion tan estensa: el obstáculo al curso de las materias es efecto de muchas causas diferentes para que podamos reunir todas las variedades bajo de una sola clave. Y á la verdad, bien exista una simple estrechez, un tumor dentro ó fuera del intestino, un cuerpo estraño, un acúmulo de materias fecales en cualquiera punto de estos órganos, siempre se verá interrumpido el curso de las materias. Es pues necesario, por una parte, desechar el nombre, *íleo*, y de otra, definir bien qué se entiende por *estrangulacion interna*.

En una Memoria que há poco publicó Rokitansky (*Arch. gén. de Méd.*, 1837, *sobre las Estrangulaciones internas de los intestinos*, artículo tomado del *Méd. Jahrb. des oest. Sc.*, vol. 19, 1836), admite tres especies: una, que es la *estrechez* ú *obliteracion* causada por *presion esterna;* otra, que consiste en la *circunvolucion* de una parte del intestino en derredor de un eje formado por otro pedazo de él; y otra, que es la causada por *anillos* ó *bridas célulo-membranosas*, por la adherencia del apéndice vermiforme, etc. Yo creo que debemos admitir esa division, porque reasume las varias especies de estrangulacion, sin comprender enfermedades estrañas; si bien acaso será menester añadirle la *invaginacion intestinal*, pues es indudable que en este accidente está bastante estrangulado el intestino invaginado. Pero, aun aceptando esta opinion, hay tambien que describir separadamente la invaginacion, con motivo de tener algunos signos que le dan una fisonomía enteramente particular. Por esto no nos ocuparemos sino de las especies admitidas por Rokitansky, y por el mayor número de los anatómico-patólogos modernos. Los

autores del *Compendium* no quieren admitir la clase primera, porque el intestino no ejerce parte activa en la estrangulacion; mas como es indudable que está estrangulado, y en este caso no difieren los síntomas de cuando lo está por la parte activa que en ello toma, es esta una dificultad que podemos pasarla por alto. Por lo demas, todo se reduce aquí á una cuestion de anatomía patológica, no muy interesante para nosotros.

Segun las investigaciones de Rokitansky, se puede padecer en *cualquier edad* la estrangulacion interna descrita bajo los nombres *ileus*, *passio iliaca*, *miserere mei*, *vomitus stercoris*, *volvulus*, etc. La afeccion, sin embargo, es mas frecuente en la edad de la consistencia y en la vejez. Ateniéndose á una observacion de Gendron (*Arch. gén. de Méd.*, serie 1.ª, tomo 8.º) es factible que venga la estrangulacion interna inmediatamente despues del nacimiento.

Casi todas las *causas* determinantes de la estrangulacion interna son orgánicas; y por tanto no las espondré hasta llegar á las lesiones anatómicas. En algunos casos, como por ejemplo, aquellos en que se encuentran presos los intestinos en un anillo fibroso, ó pasan rápidamente por debajo de una brida, pueden esplicar el accidente los esfuerzos hechos por el enfermo; pero en otros no se observa nada parecido, y la marcha de la enfermedad nos prueba que se ha efectuado lentamente la estrangulacion.

Síntomas. Los propios de la estrangulacion interna, considerada en general, son, segun Rokitansky, los siguientes: «Mucho tiempo antes de venir la muerte presenta el enfermo, de cuando en cuando, dice este autor, síntomas que indican la estrangulacion intestinal, y traen su orígen de *estravios de régimen* y de un esfuerzo *violento*, síntomas que generalmente principian por un *dolor* agudo y súbito en los intestinos. Este dolor, que en ocasiones parte de un punto determinado, es seguido mas ó menos pronto de una *distension notable del abdómen*, *timpanitis*, *constriccion del pecho*, y de *ansiedad*, *náuseas* y *vómitos*, segun la violencia y la fecha de la estrangulacion. En tanto que hay estos síntomas, y aun muchas veces en los intervalos que dejan, son *raras* las *deyecciones*, y aun viene una *constipacion* permanente y tenaz.

»El último ataque tiene siempre, segun Rokitansky, una fisonomía particular. Es lo general que sea causado por algun estravío de régimen, y se anuncia por un *dolor* intestinal súbito y violento que no tarda en estenderse por todo el abdómen. Entonces se *eleva* este escesivamente, *tórnase laboriosa la respiracion*, se hunden los *ojos*, la *cara* se altera y

revela mucha *ansied ad*, son escasas y raras las evacuaciones alvinas, si ya no hay, como es mas frecuente, una *constipacion* rebelde. Hay *vómitos biliosos* primero, y de *materias fecales* despues; desciende el calor general, y se torna casi imperceptible el *pulso*. Por lo regular remiten todos los síntomas poco antes de venir la muerte.

Estos síntomas puede decirse que son una espresion bastante fiel de lo que comunmente se efectúa en la estrangulacion interna; pero importa decir dos palabras de la manera de sucederse. Louis (*Arch. gén. de Méd.*, serie 1.ª, tomo 14), observó que en los primeros dias no hay mas síntomas que los *gástricos*, y que los característicos restantes se manifiestan pasado algun tiempo y sucesivamente. Aunque no pretendamos sacar de este hecho la regla general, es del caso conocerle á fin de no tomar por afecciones gástricas la estrangulacion interna.

Los *vómitos* suelen ser puramente biliosos, que es lo que se ha observado, no solo en algunos casos recogidos por Rokitansky, sino tambien en muchos de los esparcidos en diferentes colecciones.

En vista de la descripcion trazada por Rokitansky, es irregularmente intermitente la *marcha* de la enfermedad. Consultadas, en efecto, las observaciones, echamos de ver que vienen muchos ataques antes del que se lleva al enfermo; ataques caracterizados por los síntomas de detencion en el curso de las materias, que van aumentando de violencia segun se acerca el momento final. No es esto, sin embargo, una regla sin escepcion, como es fácil de concebir, en acordándose de que la estrangulacion puede ser causada por pasar rápidamente una asa intestinal por una abertura demasiado estrecha. Hay tambien casos de que progresando insensiblemente la estrangulacion y no cometiendo los individuos esos estravíos de régimen que, segun observa Rokitansky, determinan los ataques, la enfermedad, que trajera síntomas contínuos y principalmente una constipacion duradera, acaba desarrollando accidentes formidables, tras de los que pronto viene la muerte. De esto se sigue, que por lo general es muy variable la *duracion* de la enfermedad. En cuanto á lo que Rokitansky ha llamado ataques, podemos decir, así en general, que es de unos quince dias á tres semanas, si bien hay casos en que llega antes la muerte.

¿Será siempre fatal la *terminacion*? Así parece que sucede en la estrangulacion interna, tal como mas arriba la hemos definido; pero no en el *infarto de los intestinos* y en el *vál-*

vulo, dado caso que bajo dicha denominacion se quisiera comprenderles; porque muy bien se puede obtener la curacion de estas enfermedades.

Las *lesiones anatómicas* es punto en que no debemos entretenernos mucho, y únicamente diremos, que la estrangulacion es efecto de *bridas* célulo-fibrosas, como en el caso observado por Louis (*loc. cit.*, obs. 1.ª), de *adherencias del apéndice vermicular*, de un *divertículo del intestino*, como se vé en la observacion de Rayer (*Arch. gén. de Méd.*, serie 1.ª, tomo V) de varias *circunvoluciones* descritas por Rokitansky, de entrar una asa intestinal en una abertura demasiado estrecha, en *dislaceraciones del mesenterio* ó del *epiplon*, en una abertura del diafragma, de lo que cita un ejemplo Sigaud (*Arch. gén. de Med.*, tomo XIII, serie 1.ª), en el hiato de Winslow (obs. de Blandin), etc.; efecto, en fin, de varios *tumores* que, situados en las inmediaciones de los intestinos, pueden estrechar su calibre. Pero dejémonos de entrar en detalles mas minuciosos, porque nada sacaríamos de provecho para la práctica, y solamente diré dos palabras acerca de las bridas célulo-fibrosas.

¿Serán estas un resultado de inflamaciones? En algunos casos podrá ser, en todos no. Ni en la observacion de Louis, ni en la de Gendron, podemos encontrar vestigios de inflamacion, ni motivo para atribuirle la produccion del obstáculo, congénito en el caso que este nos refiere, al curso de las materias.

Para terminar con la esposicion de dichas lesiones, solamente hay que decir, que las restantes principales son: el ensanchamiento considerable de la porcion de intestinos, situada por encima del obstáculo, el acúmulo de materias fecales y de gas, el engrosamiento de las paredes intestinales á consecuencia de dicha dilatacion, á veces la inflamacion de la parte estrangulada del intestino, y una peritonitis consecutiva.

El *diagnóstico* de esta afeccion suele ser verdaderamente difícil, no porque sea árduo distinguir la estrangulacion de cualquiera otra enfermedad, sino por lo mucho que es con bastante frecuencia hacerlo con sus diversas especies. La palpacion, sin embargo, y la percusion dan á conocer la ocasionada por un *tumor que comprime el intestino*; la *invaginacion* intestinal se conoce por los mismos medios esplorativos y el asiento del tumor; y vienen por último en ayuda nuestra, el exámen atento de las regiones inguinales, umbilical y de la línea blanca, para asegurarse de si no existe

hernia, y el interrogatorio esmerado que debe hacerse acerca de los fenómenos que de esta parte se hayan manifestado; porque es de la mayor entidad, como fácilmente se concibe, saber si la prolongacion interna es debida á dicha causa, de que ciertamente no he hablado, porque los hechos de este género entran en el dominio de la cirugía.

Pronóstico. Este, segun lo que hemos dicho, es en estremo grave. Aunque algunas veces se disipen bastante pronto los dolores, no hay que hacerse ilusiones; porque mientras persistan la timpanitis y la detencion de las materias fecales, no rebaja la gravedad del pronóstico.

Tratamiento. Habiendo dicho que es *tan grave la afeccion*, se puede inferir lo importante que será el *tratamiento* para combatirla: esta es una de las enfermedades contra las que nada puede la medicina. Así es, que nos limitaremos á dar á conocer los mejores paliativos. Cuando son muy vivos los dolores, se recurre á las *emisiones sanguíneas*, y principalmente á las sanguijuelas en abundancia; porque estos son los medios que en los mas de los casos han producido algun alivio, si bien insignificante y pasajero.

Los *purgantes suaves*, y en particular los *calomelanos*, son los medios de utilidad mas reconocida. En los casos observados por Rokitansky han sido suficientes para terminar con prontitud los ataques primeros, y han procurado algun alivio en el principio del último, que es lo mismo que sucedió en los que nos han dado á conocer Dance y Louis, Rayer, etc. Y siendo tan sencillos estos medios, seria indisculpable su omision. El *agua de Seltz*, el *aceite de ricino* á la dósis de una onza á onza y media, los *calomelanos* á la de diez á doce granos, etc., llenarán bien esta indicacion.

Debe hacerse sin embargo, una reflexion, importante á mi modo de ver, relativamente al uso de los purgantes, que me es sugerida por casi todos los hechos de que tengo conocimiento. En tanto que no es completa la estrangulacion, esto es, que no ha llegado al estremo la obliteracion, producen los purgantes algunos cólicos, evacuaciones alvinas abundantes y el gran alivio consiguiente; pero cuando es completa la obliteracion se agravan los síntomas, sobrevienen cólicos violentos y una ansiedad estremada que no es posible mitigar. Tales fenómenos son fáciles de comprender; porque en tanto que queda paso, por estrecho que sea, pueden las contracciones fuertes del intestino vencer el obstáculo y espeler las materias que los purgantes han tornado líquidas; al paso que si es insuperable el obstáculo, no hacen los purgantes

mas que aumentar el acúmulo de materiales, y escitar las contracciones, sin otro resultado que producir dolores violentos y las angustias de que acabamos de hablar.

En una afeccion acompañada de ansiedad y dolores tan vivos, es evidente que están indicados los *narcóticos* y á dósis altas. Tambien se usan los *antiespasmódicos*; se aplican al abdómen *preparados calmantes*; en una palabra, hay que recurrir á todos los medios que mitigar puedan los síntomas principales; porque, es menester repetirlo, cuando hay una verdadera estrangulacion no puede tratarse sino paliativamente.

ARTICULO XI.

INVAGINACION DE LOS INTESTINOS.

Esta enfermedad, comprendida en otro tiempo, como ya he dicho, en la descripcion del *íleo*, no se ha estudiado competentemente hasta despues que los progresos de la anatomía patológica permitieron conocer á fondo las disposiciones locales que la producen. En estos últimos tiempos se han citado no pocos casos de esta enfermedad, [que ha dado materia á Dance para una Memoria interesante, publicada en 1826.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La invaginacion, como lo indica el nombre, es la introduccion de una porcion del intestino en el interior de otra del mismo órgano. Esta es la enfermedad que ha recibido particularmente el nombre de *vólvulo*, y se le designa con los de *intussusception*, *passio ilioca*, etc. Semejante accidente no es muy comun, aunque haya de él bastantes ejemplos; ó, al menos, si lo son ciertas invaginaciones que no desarrollan síntomas apreciables, no sucede lo mismo con las que producen los fenómenos que describiremos.

§. II.—Causas.

Bastante difícil es encontrar las verdaderas de la invaginacion intestinal. Relativamente á las *predisponentes*, no tenemos datos sino de la *edad* y del *sexo*, y aun estos son muy incompletos. La invaginacion se padece en todas las edades, pero se ha asegurado que se observa con mucha mas frecuencia en la infancia: Thomson (*Abst. of Cases*, etc. *the Ed. Med. and surg. Journ.*, 1835) ha encontrado entre treinta y cuatro casos, veinte pertenecientes al sexo masculino y catorce al femenino. En concepto de Dance es la *causa ocasional* la in-

flamacion intestinal; pero muchas veces es muy difícil decir si precede ó sigue á la flegmasia dicha invaginacion, y ademas se han observado casos de venir súbitamente la enfermedad. Algunas veces se han manifestado sus síntomas primeros en pos de *esfuerzos violentos*, *gritos* ó *caidas*, y, segun dice Burford (*The Lancet*, 1840), despues de administrar un *purgante drástico*. Cloquet, en fin, y otros observadores han visto que un *pólipo* hizo entrar una porcion de intestino en otra que le era inferior.

§. III.—Síntomas.

Las invaginaciones intestinales se han dividido en muchas especies; pero como no se han tenido presentes al describir los síntomas, no ofrecen mas interés que respecto á la anatomía patológica; así es que las dejo para el artículo de las lesiones anatómicas. Referiremos, sin embargo, la opinion de Dance, de que la invaginacion de los intestinos delgados es mucho menos grave que la de los gruesos, y que frecuentemente no determina síntoma ninguno. Esta opinion ha sino tachada por Cruveilhier de demasiado general, mas sin embargo, resulta de las observaciones que poseemos, que de los mas de los casos en que vinieron síntomas tan violentos que trajeron la muerte, habia una invaginacion de los intestinos gruesos.

Si bien los síntomas de la invaginacion intestinal se parecen mucho á los de la *estrangulacion interna*, hay, sin embargo, en la primera, particularidades que llaman nuestra atencion, y con cuyo motivo hemos distinguido estos dos estados morbosos. Por lo regular sienten ya los enfermos desde muy atrás accidentes de parte del tubo digestivo, que son: *dolores* en un punto determinado, alternativas de *diarrea* y de *constipacion*, y un desórden mas ó menos notable en las digestiones. Bajo este aspecto vemos que es completa la identidad con la estrangulacion interna. Verdad es que hay invaginaciones cuyos accidentes vienen de improviso; pero ya sabemos que la estrangulacion interna, resultado de la introduccion de un intestino en una abertura demasiado estrecha, dá tambien lugar á síntomas súbitos. Así, ninguno de los fenómenos primeros es peculiar de la invaginacion.

Cuando adquiere mucho cuerpo la invaginacion intestinal, se observan *náuseas* y *vómitos biliosos* para inaugurar la enfermedad, y despues *cólicos*, á veces violentísimos, y *sensibilidad á la presion* en muchos puntos del vientre, pero mas viva en uno donde por la *palpacion* se descubre un *tumor*

oblongo, frecuentemente muy voluminoso, y que dá un sonido macizo á la *percusion*. Casos hay en que no se interrumpen las *deyecciones*, que son líquidas, oscuras, muchas veces fétidas y teñidas con sangre en abundancia; al paso que en otros se establece, aunque no tan frecuentemente, una constipacion tenaz. En los mas de ellos *alterna* la constipacion con la diarrea.

Estando la enfermedad en sus principios, no se encuentra muy alterado el *rostro*, no hay fiebre, y salvo el dolor, el desórden digestivo y la constipacion, nada notable se advierte. Pero pasado algun tiempo, se enciende la fiebre, se siente frecuentemente *sed* intensa, y vienen *eruptos*, *regurgitaciones*, *vómitos* frecuentes, *hipo* muy fatigoso en diferentes casos; y el *rostro*, en fin, *se altera*, progresa rápidamente el *enflaquecimiento* y hay mucha *ansiedad*.

En los últimos tiempos se pone muy elevado y escesivamente sensible el *abdomen*, á veces con motivo de desarrollarse al derredor de la invaginacion una *peritonitis;* aumentan ó persisten los síntomas *gástricos*; son oscuras y permanecen líquidas las deyecciones, que unas veces vienen con mucha frecuencia y producen *pujos*, como en un caso observado por Buet (*Arch. gén. de Méd.*, serie 1.ª, tomo XIV, obs. 2.ª), y otras están completamente *suprimidas;* el rostro, en fin, se torna *fruncido*, pequeño, muy frecuente y casi insensible el *pulso*; puede venir un *enfriamiento* glacial, como sucedió en el caso á que se refiere una observacion recogida por Dance (*Arch. gén. de Méd.*, serie 1.ª, tomo 28), y sucumbe el enfermo.

Suele suceder, sin embargo, que terminen por la curacion síntomas tan violentos como los que acabamos de describir. Si examinamos entonces las deyecciones, se observa la notable circunstancia, estudiada principalmente por Gaultier de Claubry (*acerca de la terminacion de algunos casos de vólvulo*, Journ. Hebd., 1833) de *espelerse* por cámaras *una porcion*, muchas veces considerable, del intestino. No cito casos de este género, puesto que son generalmente conocidos, y solo diré que se han espelido así hasta tres piés de intestino. El delgado es el que sufre mayores pérdidas de sustancia; porque apenas se dá ejemplo de que se haya depuesto un pedazo de intestino grueso que pase de un pié; y esto se esplica satisfactoriamente por la mayor gravedad de la afeccion en estos últimos casos, y porque viene la muerte demasiado pronto para permitir la eliminacion.

La espulsion de dichos pedazos de intestino es lo comun

que venga precedida de *deyecciones* mucosas, saniosas y sanguinolentas; si bien hay casos en que simplemente son fecales. Despues de la espulsion hay casi siempre, segun ha observado Gaultier de Claubry, una *hemorragia intestinal* mas ó menos copiosa.

Verificada ya la eliminacion, ó se establece rápidamente la curacion y no padecen los enfermos sino algunos dolores abdominales y diarrea, ó estos accidentes adquieren toda intensidad, aunque sin agravar ellos la terminacion de la dolencia: hay largos trastornos en la digestion, y á veces, como lo ha notado Gaultier de Claubry, no pueden enderezar el tronco los enfermos, sin padecer *tirones dolorosos* en el abdómen; pero pasado algun tiempo, todo entra en órden y no queda nada de la enfermedad.

Hay casos, por último, en que persisten y se agravan los síntomas, permanecen sanguinolentas las deposiciones, es copiosa la diarrea, cada vez mas vivos los dolores, y sucumben aniquilados los enfermos. En el artículo *Terminacion* manifestaré cuáles suelen ser las consecuencias fatales de la invaginacion, aun despues de haberse eliminado la parte que la sufriera.

§. I.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

La enfermedad hemos visto que marcha de diferente modo segun los casos: en unos hay alternativas mas ó menos duraderas de calma y sufrimientos antes de venir el último ataque; en otros, por el contrario, viene el mortal de improviso, y marcha sin intermision á terminar por la muerte; casos hay en fin, de que, efectuada de pronto la invaginacion, hace progresos rápidos. Así tambien es muy variable la *duracion*. Algunos enfermos que sucumben en pocos dias al paso que otros padecen por muchos meses, y aún, como se ha visto, por dos y mas años. Los accidentes que vienen tras la eliminacion del intestino invaginado influyen tambien en la duracion.

En cuanto á la *terminacion*, no obstante haber visto que con bastante frecuencia es favorable, hay que decir con Dance, que esto se refiere principalmente á los casos de invaginacion de los intestinos delgados. Este hecho es demostrable, mas que por nada, por los casos de eliminacion de que ya he hablado: entre treinta y dos en que pudo reconocer Thomson (*loc. cit.*) la porcion eliminada del conducto intestinal, vió en veinte y dos que pertenecia esclusivamente á los intestinos delgados. Esto supuesto, si aproximamos á este

hecho la consideracion de que en la invaginacion intestinal es á no dudarlo la terminacion mas favorable, si no la única, la eliminacion, debemos concluir que no hay invaginacion menos temible que la de los intestinos delgados. Pero tambien pueden hacer funesta la terminacion las consecuencias de la eliminacion; pues si llegado el momento de desprenderse el pedazo de intestino no son suficientes las adherencias, se abre este en el peritoneo y viene una peritonitis mortal. La cicatrizacion, ademas, puede verificarse viciosamente y producir una estrechez que mas adelante ocasione la muerte.

§. V.—Lesiones anatómicas.

No me detendré mucho en ellas, aun cuando sean muy interesantes, porque para el práctico no tienen la mayor importancia. La invaginacion del intestino se verifica casi siempre de arriba á abajo, es decir, entrando parte de este órgano en otra mas próxima á la abertura inferior. Cítanse, sin embargo, casos contrarios, y de aquí la division en *intuscepcion descendente* é *intuscepcion ascendente* ó retrógrada. Cruveilhier ha querido atribuir la última de estas especies esclusivamente á la invaginacion de los agonizantes; pero se citan hechos que acreditan puede efectuarse durante la vida y producir los mismos síntomas que la precedente. Casos hay de entrar una porcion del intestino delgado en la inmediata, y quedar detenida por la válvula del ciego, otros en que pasa de esta válvula y el ciego mismo se invagina en le cólon, intestino que á su vez puede entrar en el recto; los hay, en fin, de invaginarse en la parte inferior del intestino recto, un pedazo tan solamente del cólon ó del recto

Cuando es simple la invaginacion se descubre por un corte perpendicular dado en el pedazo de intestino que ocupa, primero la serosa del intestino invaginante, despues dos superficies mucosas contiguas, dos serosas y la membrana mucosa, en fin, del intestino invaginado, que forma en el centro una cavidad por la que todavía podian pasar al esterior las materias.

Esta es la invaginacion mas sencilla; pero muy á menudo sucede que el intestino invaginador se invagine á su vez mas abajo, y así resulta la sobreposicion de otras paredes. Yo creo que es inútil dar á conocer las disposiciones complicadas que entonces se ofrecen, y tan solamente voy á decirlo qué pasa en las membranas situadas de este modo viciosamente. No se da ni un caso en que no presenten vestigios de inflamacion,

muchas veces violentísima: siempre estan engrosadas, de un rojo vivo ú oscuro, y en ocasiones negras, muy friables, infiltradas de un líquido sanioso y manifiestamente gangrenadas. El intestino invaginador ha estado á veces tan reblandecido, que, tumefacta la parte invaginada, rompe sus paredes y forma una eminencia al esterior, parecida á un muñon, como se observaba en el caso segundo que cita Buet. En muchas invaginaciones se encuentran vestigios de peritonitis, al derredor de la parte afecta, y de aquí la dificultad de reconocer el estado de las partes.

Las membranas mucosas, reunidas anormalmente, estan cubiertas de una capa mas ó menos espesa de materia gelatinosa, y de color que varía segun que se halla ó no mezclada con líquidos saniosos. En cuanto á las membranas serosas que estan en el mismo caso, se unen mediante falsas membranas que se han encontrado bastante bien organizadas cuando la enfermedad no habia sido corta. En los sugetos que sucumben despues de eliminarse parte del intestino, se descubre una rotura con *peritonitis consecutiva*, ó una cicatrizacion que, como hemos dicho, puede producir una estrechez. Estas son las lesiones anatómicas de que importa tener conocimiento.

§. I.—Diagnóstico y pronóstico.

La *estrangulacion interna* producida por otras causas es la única afeccion con que nos importa comparar aquí la invaginacion intestinal. Verdad es que la *peritonitis* puede dar lugar á equivocaciones, pero ya espondré este diagnóstico cuando describa dicha afeccion.

Ya hemos visto que casi todos los síntomas de la invaginacion intestinal son comunes á la estrangulacion interna, y así es que tenemos que recurrir por los elementos del diagnóstico á la palpacion y á la percusion del abdómen y á los caractéres de las evacuaciones alvinas. Cuando es bastante estensa la invaginacion intestinal para promover los síntomas espuestos, produce un tumor, que por lo comun es bastante grande, cilíndrico, prolongado, que casi siempre sigue el trayecto de una porcion de los intestinos gruesos; y por tanto casi siempre hay que buscarle en el vacío izquierdo. Este es un signo diferencial importante, puesto que en la estrangulacion interna, ó no hay tumor, ó se encuentra en cualquier parte del abdómen, y no tiene ni la figura ni la direccion del que produce la invaginacion. La percusion da un sonido macizo en toda la estension del tumor, y timpánico en las de-

mas partes, cuando hay retencion de gases. En cuanto á las materias depuestas, solamente en algunos casos se puede sacar de su estado datos útiles para el diagnóstico. Si el producto de las evacuaciones alvinas se compone de materias oscuras, saniosas y fétidas, es lo mas regular que se trate de la invaginacion intestinal; si está, por el contrario, consistente, en forma de cintas, como pasado por hilera, tendremos un signo característico de la estrechez. La constipacion se observa con mucha mas frecuencia en la estrangulacion.

Pronóstico. Ya sabemos que es mucho mas favorable el de la invaginacion de los intestinos delgados que el de la de los gruesos, y que la eliminacion es una circunstancia lisonjera: pues esto es lo que nos importa principalmente tener presente relativamente al pronóstico.

§. VII.—Tratamiento.

Antiguamente se proponia curar el *vólvulo* administrando materias de tanto peso, que al recorrer el intestino deshiciesen esos *pliegues* anormales, y con este motivo tragaban los enfermos *balas de plomo* ó de *oro* ó cierta cantidad de *mercurio metálico.* Pero hoy dia está desacreditada semejante práctica, habiendo demostrado la anatomía patológica que casi siempre es el estremo superior el que se invagina; no es posible insistir en un método infructuoso. Tambien se propuso allá en tiempos remotos *insuflar el intestino por el ano*; pero no se citan casos en que se haya obtenido la curacion por este procedimiento mecánico. Para terminar, en fin, con el tratamiento que podemos llamar curativo, nos queda por decir que se ha propuesto la *gastrotomía* con objeto de volver los intestinos á su posicion normal. Pero no obstante los casos felices citados por Barbette, Bonet y el doctor Fuchs (*Hufeland' s Journal,* tomo 60), no se debe aconsejar semejante operacion. Y en efecto, ¿qué vale ya la gastrotomía una vez inflamado el intestino, que es cuando amenaza tanto peligro? Aun suponiendo que se nos llamase á tiempo, ¿no son horrorosas las maniobras que hay que emprender dentro del vientre? La gastrotomía está hoy dia abandonada generalmente en los casos de este género.

El médico debe llevarse por objeto moderar en cuanto sea posible los síntomas principales, y favorecer la eliminacion del intestino. La inflamacion se combatirá principalmente con *sangrías generales*, *sanguijuelas* en abundancia sobre el tumor, *bebidas emolientes*, *cataplasmas* al abdómen y aun con *baños*. Para calmar la agitacion y los dolores de

vientre, se usan generalmente *narcóticos*. Tambien se ha recurrido á los *laxantes*; pero desoigamos á los que quieren que se den *purgantes violentos*, porque así produciríamos contracciones intestinales peligrosas, y un movimiento peristáltico intestinal que favorece la invaginacion. Las *lavativas emolientes* ó *laudanizadas*, la *quietud absoluta*, y un *régimen muy severo* completarán todo este tratamiento, cuyo objeto vemos que es separar todas las causas que puedan oponerse á que la enfermedad llegue al período en que debe verificarse la eliminacion del intestino.

ARTICULO XII.

CANCER DE LOS INTESTINOS.

El cáncer de los intestinos es menos frecuente que el del estómago, y aun si se esceptúa el recto y la parte inferior del cólon, se puede decir que es muy raro en el conducto intestinal. Siendo incurable esta afeccion, creo que no debo estenderme sino respecto al *del recto*, que es el que mas interés ofrece.

Las *causas* del cáncer de los intestinos son tan desconocidas como las del de los otros órganos, y así es que tratamos evitar repeticiones.

Relativamente á los *síntomas*, varían en parte segun el punto de intestino que el cáncer ocupa. Si está muy próximo al estómago, en el *duodeno* por ejemplo, no se diferencian los síntomas sensiblemente de los del cáncer gástrico. *El que ocupa la parte media de los intestinos delgados*, que es el mas raro de todos, produce *cólicos*, *desórdenes digestivos*, *alternativas de diarrea y de constipacion*, y un *tumor* que comunmente dista del trayecto de los intestinos gruesos. El *cáncer de lo último del íleon* y del *principio del ciego*, que es mas frecuente que el precedente, se distingue por el sitio donde se forma el tumor y por el obstáculo al curso de las materias. En cuanto á los síntomas del cáncer que ocupa el estremo de los intestinos gruesos, voy á esponerlos rápidamente.

Cáncer de la S ilíaca del cólon y del recto. El síntoma principal á que desde luego da lugar este cáncer, es una *constipacion* mas ó menos tenaz, tras la que viene, pasado algun tiempo, una *diarrea* que es muy difícil de contener. Dicha diarrea se ha creido que las mas veces depende de la ulceracion del cáncer; pero el hecho no es exacto, y se

dan casos, como de ello cita un ejemplo Vidal de Cassis (*These de Concours*. 1842), en que el cáncer no ulcerado trae por síntoma principal la *incontinencia de las materias fecales*. El *dolor* no es fenómeno constante: muy á menudo falta al principio y aun en todo lo demas de la enfermedad.

La *palpacion* y la *percusion* descubren un *tumor* en la fosa ilíaca izquierda, cuando la enfermedad se encuentra hácia la S del cólon, cuya corvadura es su sitio de predileccion, cual lo ha notado Chanut (*du Cáncer du Colon*, tesis; París, 1842). Cuando el cáncer ocupa una parte mas profunda, hay que buscarle por medio del *tacto rectal* ó del *speculum ani;* si bien alguna vez está situado de tal modo, que no hay investigacion que le descubra.

Durante mucho tiempo son estos los signos del cáncer que ocupa la parte inferior de los intestinos gruesos, y cierto grado de *demacracion*, de *debilidad* y la *palidez de los tegumentos* muy notable en ocasiones.

Estando ya mas adelantada la dolencia, crece mucho la gravedad de los accidentes estableciéndose la diarrea, y el *flujo por el ano de una materia saniosa*, sanguinolenta, que despide el olor característico del cáncer. Al mismo tiempo suelen aparecer *dolores* mas ó menos vivos, aumenta la demacracion, se torna escesiva la debilidad, y se observan los síntomas generales mencionados á propósito de los demas cánceres, y principalmente del gástrico. En ocasiones es tan voluminoso el tumor canceroso, que produce *síntomas de compresion* en los órganos inmediatos. Poco há ví en el hospital de la Piedad un hombre que tenia en la region epigástrica, y algo á la izquierda, un tumor duro, abultado, y que se quejaba principalmente de lo difícil que le era orinar y de dolores en la vejiga. No tendria nada de estraño que se hubiese creido que habia en ella un tumor; pero el tacto rectal descubria una tumefaccion considerable con vegetaciones, de donde salia un líquido sanioso y fétido, y la diarrea continua que há tanto tiempo padecia el enfermo, acabaron de establecer el diagnóstico. El tumor, en efecto, nació en el recto, y solamente comprimia la vejiga por lo que habia aumentado. Así se puede comprender fácilmente cuáles serán los efectos análogos de los cánceres situados en otros puntos de los intestinos.

La *marcha* de esta afeccion es crónica, su *duracion* puede llegar á muchos años, y siempre *termina* por la muerte, á no ser que resida en una parte del recto accesible á las operaciones quirúrgicas. Pero este punto entra en el dominio

de la cirujía, y por eso no hacemos mas que indicarle. A veces vienen á acelerar la muerte grandes hemorragias debidas á la ulceracion y á la perforacion del intestino.

Tampoco debo estenderme acerca de las *lesiones anatómicas*. En el cáncer de los intestinos se encuentran las varias formas de la enfermedad, las ulceraciones, las vegetaciones, en una palabra, todo cuanto se ha descrito al tratar del gástrico. A veces se descubren en la parte que ocupa la degeneracion, cuerpos estraños como huesos de fruta, etc.

El *diagnóstico* del cáncer de los intestinos es lo comun que no ofrezca grandes dificultades: el tumor, acompañado de síntomas de demacracion y de caquexia cancerosa, indica al médico lo suficiente para formarle. Pero veamos, aunque de paso, la particularidad de que habla Cruveilhier: en un sugeto afectado de un cáncer del principio del ciego, se habian acumulado muchos huesos de cerezas en la parte afectada del intestino, y se presentaba un tumor en la fosa ilíaca derecha que, comprimido para apreciar su resistencia, se ponian en contacto los referidos huesos, resultando una especie de crepitacion que simulaba un *enfisema*. En un caso parecido se evitará el error, atendiendo á las abolladuras que por lo comun tiene el tumor, y al sonido macizo que da á la percusion.

Respecto del *tratamiento* nada mas tengo que decir, sino que en el cáncer del recto podemos prolongar los dias de vida practicando, como en la estrechez simple, la *dilatacion*, y que la cirugía ha llegado en nuestros tiempos á practicar operaciones que interesan una porcion muy alta del intestino, operaciones que en otro tiempo se creian imposibles; pero dejemos esto para los *Tratados de cirugía*. De los *medios paliativos* sé decir, que no difieren mucho de los indicados en el cáncer del estómago, y concluiré mi cometido previniéndole al lector contra un accidente observado ya algunas veces, y es, que ha resultado un verdadero *envenenamiento* de haber puesto lavativas laudanizadas, á una dósis regular, á sugetos que tenian en el recto una ulceracion cancerosa. Accion tan estraña se ha atribuido á lo rápidamente que absorbe la superficie ulcerada.

ARTICULO XIII.

ENTERALGIA.

Tan mal definida está la enteralgia, que si nos atuviésemos á lo que dicen los autores, no conoceríamos los casos

que la pertenecen. Como que hay muchas afecciones que traen dolores intestinales, y en tantas ocasiones no se ha atendido sino al dolor, se las calificaba de neuroses. Así bajo el nombre de *cólico nerrioso*, sustituido ahora casi generalmente por el de *enteralgia*, se han comprendido dolores de las paredes intestinales, dolores que resultan de la distension intestinal que se efectúa en la timpanitis, etc. Véase, pues, como no es posible proceder con mucha precision en la historia de la enfermedad; y como sus síntomas no difieren sensiblemente de los de la gastralgia sino por el asiento: claro está que no me estenderé mucho sobre materia tan poco conocida.

Las *causas* son por lo general las mismas que reconoce la gastralgia, afeccion con la que regularmente coexiste la que nos ocupa.

Los *síntomas* son estos: primero se observa un *dolor* muy variable por su intensidad, que ocupa principalmente las inmediaciones del ombligo, á veces bastante violento para arrancar gritos á los enfermos y obligarles á que tomen posturas estravagantes; dolor que muy á menudo calma ó no se modifica por la presion, y que se aumenta por ella en pocos casos. Este síntoma no es lo comun que se exspere por la ingestion de alimentos como sucede en la gastralgia: cuando se exacerba y suele tornarse irresistible, es en el curso de la digestion y al principiar las materias á pasar por el intestino. Dichos dolores se concentran en el punto que acabo de manifestar, ó se irradian en otros casos por el abdómen.

Los sugetos afectados de enteralgia padecen comunmente de *ventosidades* incómodas, y muchas veces les sucede que no saliendo fuera los gases, se acumulan en el intestino y viene *timpanitis intestinal* y los consiguientes *borborigmos*, *tension del vientre* y *sonoridad* de esta parte á la percusion. Aunque por lo comun es tenaz la *constipacion*, suele suceder que venga una *diarrea pasajera*, sobre todo inmediatamente despues de las comidas.

La enteralgia es lo regular que se manifieste, como acabamos de ver, por *crisis* ó *accesos*. Durante esto se observa muchísima *ansiedad, frialdad en las estremidades*, *sudores frios*, descomposicion de las facciones, á veces, en fin, *lipotimias* y *síncopes*. Entonces puede presentar el *pulso* alguna aceleracion, concentracion y debilidad; pero fuera de estas circunstancias está tranquilo, natural y á veces algo tardo. Estas crisis se ha notado que sobrevenian á consecuencia

de emociones vivas despues de trabajos prolongados y, como mas arriba he dicho, durante el digestivo.

En *marcha*, *duracion* y *terminacion* es idéntica la enfermedad á la gastralgia.

El *diagnóstico* suele ofrecer dificultades, y es indudable que ha dado márgen á muchísimos errores; no porque la enteralgia se pueda confundir con la *enteritis*, sino porque se parece mucho á la *neuralgia lumbo-abdominal*, por la que probablemente se habrá tomado repetidas veces. En esta neuralgia suelen ser irresistibles los dolores, repiten por accesos, y uno de los puntos en que se fija es en el hipogastrio y en las inmediaciones del ombligo: hé aquí muchas causas de error. Dichas afecciones, sin embargo, se distinguen en los signos siguientes: en la enteralgia es lo comun que la presion no escite dolor; mientras que en la *neuralgia lumbo-abdominal*, por el contrario, ademas del que hay en el hipogastrio y en el ombligo, se siente dolor en los lomos y partes laterales del abdómen, dolor que es característico y que basta por sí para formar el diagnóstico.

Tambien podria dar lugar á equivocaciones el *reumatismo de las paredes abdominales*, si no fuera por la persistencia de los dolores, la dificultad de los movimientos que interesan los músculos afectados, y la falta de ventosidades.

En cuanto al *cólico hepático* y al *nefrítico*, tienen diferente asiento, y no hay lugar á equivocaciones cuando se observa con alguna atencion.

Todos los autores convienen en que el *tratamiento* de la enteralgia no difiere visiblemente del de la gastralgia. Constituyen su base las *lavativas opiadas*, algunos *laxantes* para vencer la constipacion, y la aplicacion de *revulsivos* cerca del ombligo.

ARTICULO XIV.

VENTOSIDADES INTESTINALES.

Con los nombres de *cólera seco*, *cólicos ventosos*, *passio*, y *affectio flatulenta*, se designa un fenómeno que viene en circunstancias muy diferentes, y consiste en un desarrollo copioso de gas en la cavidad intestinal. No entra en mi plan hablar de todos los casos en que hay escesos de gases, puesto que esto es propio de varias enfermedades. En este lugar solamente diré, que aun cuando algunas veces no se encuentra la verdadera causa de esta especie de accidente, y tiene

entonces un carácter puramente nervioso, es, sin embargo, lo comun que dependa de la gastralgia, de la enteralgia, de digestiones laboriosas, de la ingestion de sustancias indigestas, de un estado histérico y de la clorosis; circunstancias que todas merecen fijar la atencion del médico muy particularmente.

Los gases, ó son arrojados fuera ó quedan dentro de los intestinos, bien porque estando estos muy distendidos no puedan ejercer la suficiente contraccion, bien por otra cualquier causa, y entonces resulta el *meteorismo* de las enfermedades graves, fenómeno de que no debo ocuparme ahora, ó la *timpanitis*, de que hablaré mas adelante.

El *tratamiento* de las ventosidades que tienen por donde salir libremente, es en lo general difícil, á no ser que la afeccion dependa de una causa que resista poco como la clorosis. Para suprimirlas, se han usado los medicamentos llamados *carminativos*, tales como las *infusiones de anís*, *hinojo*, *cilantro* y *simiente de menta piperita*, tomadas en ayunas. Tambien se han usado los *antiespasmódicos*; y así es que Hoffmann prescribia su *licor mineral anodino*. Van Swieten (Comment., tomo II, §. 150) recomendaba el *éter nítrico* (spiritus nitri dulcis), y otros han aconsejado las *lavativas de asafétida*, las *laudanizadas*, etc. Cuando la afeccion flatulenta adquiere todo incremento, podremos usar la pocion antiespasmódica de Stark, que se compone de:

R. Eter nitrico. . . . . } áá. 1 dracma.
Tintura de opio. . . . . }

Para tomar veinte gotas cada dos ó tres horas en una cucharada de agua azucarada.

Aplicar estos varios tratamientos es sumamente fácil.

ARTICULO XV.

TIMPANITIS.

Cuando por cualquier causa no pueden salir del conducto intestinal los gases que anormalmente se desarrollan en abundancia, y le distienden notablemente, se dice que hay *timpanitis*. Esta es una afeccion de las que se hallan ligadas á estados morbosos muy diferentes. Ahora no debo ocuparme sino de la nerviosa, y de la que se efectúa en el curso de las digestiones por un desprendimiento considerable de gases.

Las *mujeres* y los *niños* son los mas espuestos á padecer

estas dos especies. La última, que evidentemente está ligada á las indigestiones, sobreviene cuando se usan farináceos, frutas rojas, bebidas fermentadas, principalmente las que contienen mucho ácido carbónico. La primera es mas frecuente en los sugetos nerviosos, en las histéricas, cloróticas, etc.

La timpanitis, tal como nosotros la consideramos, *no es enfermedad muy frecuente*, y está caracterizada casi de un modo esclusivo por la *elevacion del abdómen*, cuya configuracion permanece la misma por mas posiciones que se tomen, así como ya lo habia advertido Trnka; por el *sonido timpánico* que se oye en toda la cavidad, y dá nombre á la dolencia; por una *sensacion de plenitud* y de distension; por el *desarreglo de las digestiones*; por la *constipacion*; por una *disnéa*, en fin, mas ó menos notable que resulta de la repulsion del diafragma. Los demas fenómenos que acompañan á la timpanitis no la pertenecen en propiedad, resultan del estado morboso durante el cual se declara.

Esta afeccion *marcha* muy irregularmente: en unos casos persiste por mucho tiempo, y en otros se disipa apenas se presenta. No siempre es necesario para que lo efectúe, que salgan fuera los gases, porque *neumatosis intestinales muy considerables* se han disipado pronto sin mas que por la simple absorcion.

En esta especie de timpanitis no hay *lesion* á que podamos atribuir el orígen de la enfermedad. Cuando dura muchos dias, sobreviene el engrosamiento de las paredes intestinales, que es el resultado comun de la dilatacion de los órganos huecos.

El *diagnóstico* de la timpanitis intestinal no es lo comun que ofrezca grandes dificultades: el sonido macizo que se percibe al nivel del líquido en la *ascitis*, quita todo motivo de error. Pero ya volveremos á este diagnóstico al hablar de la *hidropesía*.

La *timpanitis peritoneal* y la *uterina* son las dos afecciones con que mas fácilmente podemos confundir la que nos ocupa. La primera, que es sumamente rara, se distingue por la identidad perfecta del sonido en cualquier punto del abdómen, y por la ausencia del macizo al nivel de ciertos órganos, como el hígado, el bazo y la vejiga cuando está distendida. La segunda, que, aun cuando menos rara, no es ni con mucho frecuente, ofrece de notable que el sonido timpánico no ocupa todo el abdómen, que casi no pasa mas arriba del ombligo, y se halla limitado por una línea circular

que, partiendo de este punto y no pasando del confin de las regiones ilíacas, señala distendida á la matriz. Pero ya nos detenemos demasiado para ser tan escepcionales estos casos.

El *tratamiento* de la timpanitis, debida al desarrollo de gases consiguiente á la ingestion de las sustancias ya citadas, consiste en los *emeto-catárticos*, medicamentos que no tardan en destruir la enfermedad. La otra resiste mucho mas á los medios terapéuticos. A veces, sin embargo, se triunfa de ella á beneficio de *fomentos aromáticos* (con una infusion de salvia, romero, etc.), de *fricciones* con *alcohol ó vino caliente*, de un *baño aromático*, como le recomendaba P. Franck, ó bien aplicando el *calor* mediante franelas muy calientes, arena casi abrasando, etc. A fin de dar á los intestinos la energía suficiente para que espelan los gases, há mucho tiempo que se usaba de *hielo* al interior, ó *lavativas frias*. Tambien se ha triunfado de la afeccion con *bebidas ácidas*, y con las *afusiones frias*, por cuanto determinan contracciones enérgicas.

Se ha recurrido, por último, á medios mecánicos, que consisten en la *compresion del abdómen* y en la introduccion de una *sonda de goma elástica*, larga, á la que se adapta una jeringa, á fin de sacar de los intestinos el aire. Mas á pesar de la mucha importancia que á dichos medios se atribuye, no siempre corresponden á las esperanzas. Si quedasen infructuosas las primeras tentativas, tenemos que renunciar á dichas maniobras ó hacerlas con mucho miramiento; pues que podrian venir accidentes cuya gravedad es fácil de calcular.

Hay un medio estremado, respecto de cuya eficacia se tienen diversas opiniones, y es la *puncion del intestino*. Si bien Dusseau (véase *Ann. de la Soc. de Méd. de Montp.*, años 13—14) ha obtenido resultados satisfactorios de esta operacion, y Levrat ha visto curarse muy pronto un enfermo en que se practicó; hay, sin embargo, muchos mas casos en que ella apresuró la muerte, y así es que la desechan bastantes autores. Con todo, si tuviésemos que hacer la paracentesis abdominal, nunca debe emprenderse hasta que amenace la muerte.

ARTICULO XVI.

CONSTIPACION.

Tan lata es la significacion que generalmente se le ha dado á la palabra constipacion, que en ella se han compren-

dido cuantos estados hay en que sean raras ó se suspendan las escreciones de las materias fecales. ¿Y deberemos seguir nosotros tal senda? Esto seria entrar en el campo de la patología general. La suspension de la defecacion en las *estrecheces del conducto intestinal*, en las *estrangulaciones, hernias*, etc., no es, á pesar de su gravedad, sino un accidente de la enfermedad principal, y no ofrece interés ninguno estudiándola por separado. Con este motivo, solamente describiré aquí la *constipacion* denominada *primitiva ó idiopática*, y así evitaré muchísimas repeticiones.

§. I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La constipacion consiste en defecar pocas veces y con trabajo. Pero téngase presente que estas condiciones son relativas, y que para formar el médico su juicio tiene que conocer los hábitos del enfermo. Un individuo, por ejemplo, se dirá que está estreñido, si teniendo costumbre de ir al servicio muchas veces al dia, no defeca ya sino cada veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas, y esto con alguna dificultad. Esta enfermedad, que es *frecuentísima*, se ha descrito tambien bajo los nombres *alvus clausa*, y de *retentio excrementorum*.

Por las *causas primeras* de la constipacion se recurrió á la fisiologia, y así es que se han descrito diferentes especies, segun que estaba *modificada la secrecion biliar ó pancreática, suspendida la exhalacion mucosa*, ó segun que se efectuaba *demasiado pronto la absorcion de las materias*, etc., (véase *Copland, Dict. of pract. Med.*, tomo I, parte 2.ª) Pero estas consideraciones interesantísimas, no influyen sin duda muy directamente en el tratamiento.

§. II.—Causas.

El *temperamento nervioso*, la *mucha edad*, la *vida sedentaria*, y tambien el *embarazo*, no obstante que entonces lo que hay es compresion de los intestinos gruesos, son las causas predisponentes que se le asignan á la constipacion, sin contar con las que en ciertos casos producen una permanente, y no se dan á conocer con tanta facilidad. Las *causas ocasionales* mas generalmente admitidas son: el uso de *carnes negras*, de *alimentos cálidos*, de *licores alcohólicos*, de *narcóticos*, *astringentes*, ó bien un *régimen demasiado severo*. Hay otra causa á la que no se ha dado su debido valor, y es la costumbre de no ponerse en el servicio sino mucho tiempo despues de principiarse á sentir la necesidad de deponer; poco

á poco se habitúa el intestino á resistirla, y de aquí resulta una constipacion tenaz.

§. III.—Síntomas.

Por lo comun *principia* la constipacion poco á poco, y sin que de ello tengan conocimiento los enfermos. Rara vez se manifiesta en una edad poco adelantada, y es raro tambien que, dado el caso de establecerse, no persista por mucho tiempo, y aun por toda la vida. Lo regular es que la constipacion no promueva síntomas muy graves, y que los sugetos que no depongan sino una sola vez cada tres ó cuatro dias, y una cantidad poco considerable de materias fecales durísimas, se hallen *flacos*, tengan *mediano apetito, digestiones algo difíciles*, y se les torne irritable su *carácter*. A veces sienten una *cefalalgia* mas ó menos tenaz, y *llamaradas de calor* en la cara; esperimentan *aturdimientos* y tendencia al *sueño* despues de comer; son *difíciles sus trabajos intelectuales*, completando por fin el cuadro los *borborigmos*, á veces la *necesidad irremediable* de deponer, la *tension del abdómen* y la pesadez hácia el periné; síntomas á que se ha dado mas importancia de la que verdaderamente tienen. Pero cuando la constipacion dura mas tiempo, constituye una verdadera enfermedad que no está exenta de peligro, ó sea el *acúmulo de materias fecales ó infarto intestinal*, que pice una descripcion particular.

Acúmulo de materias fecales en los intestinos. Semejante acúmulo se verifica en diferentes partes del trayecto de los intestinos, y es mas frecuente *en el recto* y *en la S ilíaca* que en el *ciego*. Muchas veces es enorme la cantidad de *materias acumuladas*, y forma la superficie del abdómen un *tumor* prolongado irregular, abollado, que da un sonido muy macizo á la *percusion*. Pero en otros casos no es tanta la cantidad de materias, y estas forman pelotas que se sienten mover muy distintamente bajo los dedos, y se denominan *scybalas*. La distension consiguiente de los intestinos no es uniforme, resultando que, ademas de las *abolladuras*, hay unas especies de *diverticulum*, de *deviaciones del intestino*, que es arrastrado por el peso de las materias; circunstancias estudiadas recientemente por Toumoulche (*Gaz. Méd.*, 23 de marzo y 1.° de junio de 1844), que aún aumentan mas la pertinacia de la constipacion.

Los accidentes que resultan de este acúmulo de materias fecales son los mismos que muchas veces he incluido en la descripcion de las enfermedades en que se interrumpe el

curso de dichas materias. Las *náuseas*, el *hipo*, los *eructos*, los *vómitos*, el *atamboramiento* del vientre, la *debilidad*, á veces la *insensibilidad del pulso*, una *agitacion* estremada, en ocasiones *delirio*, el *enfriamiento de las estremidades*, la *sequedad de la piel* y la alteracion profunda del *rostro*, anuncian la mayor gravedad. En los mas de los casos se ha notado que el *hálito* contraia una *fetidez* notable.

Tales son los síntomas que se atribuyen á la constipacion idiopática y al consiguiente acúmulo de materias fecales. Verdad es que dicha sintomatologia ha sido muy amplificada por los autores; pero es fácil convencerse de que en ella se han incluido fenómenos propios de otras afecciones de que solamente es síntoma la constipacion.

§. IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

La constipacion es una dolencia esencialmente *crónica*; porque si bien no hay individuo que no la padezca con mas ó menos frecuencia, es sin embargo pasajeramente, y así no constituye una verdadera enfermedad.

La afecion *dura indeterminadamente*, y su *terminacion* no es temible sino cuando hay acumuladas muchísimas materias fecales.

§. V.—Lesiones anatómicas.

Aunque no se sabe de ninguna en que podamos encontrar la causa de esta constipacion, hay algunas que resultan de ella, y son la dilatacion del intestino, el engrosamiento de sus paredes, los divertículum, las desviaciones ya citadas de este órgano, y á veces la *rotura*, con motivo de ser enorme la distension.

§. VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Por lo comun no ofrece dificultades sérias el diagnóstico de la constipacion. La persistencia de la salud escluye la idea de una afeccion orgánica profunda; la forma de las materias espelidas no es la que sacan cuando hay *estrechez intestinal*; y la falta, en fin, de síntomas violentos procedentes del estómago indica que el caso no es de *estrangulacion interna*, aun cuando persista mucho la constipacion. Pero cuando hay un *acúmulo de materias fecales* reclama alguna mas atencion el diagnóstico. Dicho acúmulo he dicho que se efectúa en el ciego, en la S ilíaca, ó en el recto. *En el primer caso* tendremos caractéres que le distingan del *cáncer*, enfermedad que es con la que mas fácilmente puede confundirse, en un tumor duro, abollado, poco ó nada doloroso que

por la percusion despide un sonido macizo que continúa mas ó menos á lo largo del intestino, y formado en poco tiempo. Para completar este diagnóstico hay que añadir que no viene demacracion, siempre mas ó menos profunda en el cáncer.

La falta de dolores vivos, espontáneos, ó á la presion, la no escasa intensidad de los síntomas, las abolladuras, la forma irregular y la latitud del tumor, bastan para no confundir el acúmulo de materias fecales *en la S ilíaca*, con la *invaginacion intestinal*, que generalmente ocupa la fosa ilíaca izquierda.

Ya no nos queda mas que el acúmulo de materias fecales *en el recto*. Aquí es un medio infalible de diagnóstico el tacto rectal: si en algunos casos se ha podido creer en la existencia del cáncer cuando solo habia materias fecales acumuladas, es porque no se ocurria la idea de la posibilidad de este accidente. Inmediatamente por encima del esfinter se toca un tumor duro, friable, seco, muy diferente del tumor sanioso, húmedo, que constituye todos los cánceres. Y si se le rasca con la uña se sacan particulillas de materias fecales que disipan cualquier duda.

No insisto mas en estos diagnósticos, porque á mi modo de ver están suficientemente formulados.

§. VII.—Tratamiento.

Cuando es ligera la constipacion y compatible con un estado llevadero de salud, se contentan los enfermos con usar de cuando en cuando algunos *laxantes* y *lavativas*, y esto basta para librarlos momentáneamente de los síntomas leves que se sufren. Pero cuando es muy tenaz, desde luego debe examinarse si hay en las costumbres y régimen algunas de las causas ya mencionadas, porque en cuanto se descubran, ocurren de por sí los medios para combatirlas. En esta suposicion, recurriremos con fruto al *ejercicio*, principalmente *á pié*, y al uso de las *frutas del tiempo*, de *vegetales verdes*, y de *bebidas refrigerantes y aciduladas*.

El *fumar tabaco*, sirve á muchos sugetos de un escelente laxante que se opone á la constipacion; y á otros el *agua pura*, la *leche* y la *cerveza*.

Si no bastan los medios precedentes hay que recurrir á los purgantes mas ó menos enérgicos, segun los casos. De aquí provienen todas esas invenciones de *píldoras purgantes*, *granos de salud*, etc., que tan bien se sustituyen con preparaciones que nos dan los formularios. Sirvan de ejemplo las píldoras siguientes, que se administrarán todos los dias.

℞.	Jalapa.	3 granos.
	Aloe.	2 granos.
	Escamonea.	1|2 grano.

Para una píldora.

Por lo demas, se tratará de conocer la susceptibilidad intestinal de cada individuo, puesto que los purgantes obran muy diversamente segun las personas que los toman.

Individuos hay que no pueden vencer la constipacion mas que poniéndose *lavativas de agua fria*. Otras veces basta para el efecto aplicar en el abdómen *compresas frias* ó *pedazos de hielo*: en ocasiones han probado bien unas *irrigaciones simplemente acuosas* ó muy *cargadas de vinagre*, dirigidas al ano; y son, en fin, conducentes, aunque solo como *paliativas*, las *enemas purgantes*, dado caso que no haya materias acumuladas en el intestino.

Habiendo notado Fleury (*Arch. gén. de Méd.*, 1838), que es pasajero el alivio que producen dichos medios, y aun los purgantes muy enérgicos, como el *aceite de croton tiglio*, ha ensayado la curacion de la constipacion, introduciendo en el recto *mechas* untadas de cerato simple ó que contenga *extracto de belladona* en la proporcion de una quinta ó sesta parte. En tres casos de constipacion tenacísima, cuyas observaciones cita, colmó las esperanzas este medio; y con la notable particularidad que se ha podido dejar de usarle antes de veinte y un dia sin que reaparezca la constipacion. Resulta, pues, que es en estremo recomendable este tratamiento, dado caso que lo sea tenacísima la constipacion.

Entremos ya en el *tratamiento del acúmulo de materias fecales*. Cuando se efectúa hácia el ciego este acúmulo, hay que obrar á la vez por ambos orificios del conducto intestinal: por el superior, administrando *purgantes drásticos* y principalmente el *aceite de croton tiglio*, que se da en píldoras á la dosis de una, dos ó tres gotas; por el inferior, introduciendo en el recto y colon *lavativas jabonosas* ó bien cargadas de una á tres dracmas de *sal marina*, un cocimiento cargado de sen, en una palabra *lavativas purgantes enérgicas*.

Cuando el acúmulo está en la S iliaca y en el recto, son inútiles las lavativas. Inútiles digo en el recto, porque entrando en las materias fecales la cánula, no puede salir del instrumento el líquido que lleva; inútiles si el acúmulo está mas arriba, porque sale el líquido á medida que se inyecta.

En estos últimos tiempos, ha pretendido Piorry que para

quitar el infarto estercoral no hay ningun medio mejor que *comprimir el trayecto del intestino.*

Pero, si en algunos casos escepcionales ha sido conducente este medio grosero, ¿quién no ve que es inaplicable en los mas de ellos? En primer lugar, así no se destruye la causa de la constipacion; en segundo, pueden existir desviaciones de los intestinos de que habla, Toulmouche, que con bastante frecuencia hacen á esta práctica, no solo inútil, sino tambien peligrosa.

El *acúmulo de materias en el recto*, exige una operacion particular: hay que sacar mecánicamente las materias fecales.

Con este objeto se ha propuesto valerse de *una cucharilla* ó del mango de una cuchara. Pero todos convienen en que es mucho mejor emplear el *dedo* índice, de modo que, introduciéndole en el recto, despues de bien untado de cerato ó de aceite, y habiendo tocado la masa estercoral, se vaya escarvando y sacándola por partes. Algunos autores aconsejan que cuando se ha conseguido estraer parte de ella, se hagan inyecciones para que salga lo restante; mas, no ha de emprenderse este procedimiento hasta que el dedo no pueda ya tocar la masa fecal. Lo comun es que continuando sacándola, quede tan reducida en cantidad, que se despierten las contracciones del recto. Entonces se efectúa espontáneamente la defecacion, y salen materias, duras primero, blandas al fin y frecuentemente en muchísima cantidad. En seguida es necesario administrar lavativas laxantes para impedir la reproduccion *del acúmulo.*

Si bien deberia hablar de las *hemorroides* y de las *lombrices* intestinales para terminar la historia de las enfermedades propias de los intestinos, como las primeras pertenecen mas particularmente á las del ano, y las segundas no constituyen, propiamente hablando, una enfermedad de los intestinos mismos, será mas del caso dejarlas para un *apéndice* que se pondrá al principio del tomo sétimo.

FIN DEL TOMO SESTO.

ÍNDICE

de las materias contenidas en este tomo.

Páginas.

FIN DEL INDICE.