

Tratamiento.—Plán dietético: dieta láctea, vestidos de lana, proscripción del alcohol y del tabaco.—Plán farmacológico: subnitrate y peptonato de bismuto, creta, carbón vegetal de Belloc, quassia amarga, colombo, nitrato de plata, ópio á pequeñas dosis (Graves) y las gotas amargas de Beaumé.—Indicaciones del lavado gástrico (Kussmaul).—Uso de las aguas minerales alcalinas (Argèntona, Valle de Ribas, San Hilario de Sacalm, Diezgo, Urberuaga, Mondariz, Vichy, Vals, Ems, Bagnères de Bigorre, Eviey, Salzrum, Carlsbad, Marienbad, Spaa, etc.) Los baños de mar y los sulfurosos dán también muy buenos resultados en el tratamiento de esta enfermedad.

SARCINA DEL ESTÓMAGO Ó MERISMOPEdia VENTRÍCULI.

Es un hongo constituido por células en forma de dado y de un color rojo mate oscuro con ángulos redondos, los cuales están divididos por dos surcos verticales cruzados. Segun Itzigsohn procede de las *oscilarias*. Se le encuentra por lo general en las materias vomitadas en los casos de gastritis graves.

LECCIÓN 73.

Úlcera simple del estómago (*Cruveilhier*.)

Sinonimia.—Úlcera crónica del estómago.—Úlcera redonda perforante (Rokitanski).—Úlcera redonda (Niemyer).—Úlcera del estómago (Brinton).—Gastritis ulcerosa (Valleix).

Definición.

Historia.—Aunque Gallard en su *Clinica médica* dá á conocer algunos textos é ilustraciones que prueban que esta enfermedad era ya conocida y descrita en el siglo pasado por Baillie; no obstante, no fué distinguida de un modo claro y preciso de las ulceraciones cancerosas y otras erosiones de la mucosa gástrica, hasta que en 1830 y 38 Cruveilhier y en 1839 Rokitansky publicaron los resultados de sus investigaciones. Trabajos de Dietrich, Brinton, Virchow, Rindfleisch, Pavy, Fox, Niemeyer, Lebert, Jaksch, Willigk, etc.

Anatomía patológica.—Sítio, figura y extensión de la úlcera. Aspecto especial de la misma: bordes cortados á pico y su fondo cubierto de moco ó de sangre alterada. Perforación: tiene lugar cuando el trabajo ulcerativo se ha propagado hasta la serosa. Cicatrización ¿cómo se realiza este trabajo?—Lesiones consecutivas.

Patogénia y etiología.—Opiniones emitidas por Rokitanski, Valleix, Müller, Pavy, Rindfleisch y Virchow para explicar el mecanismo de producción de esta enfermedad. Exámen crítico de cada una de ellas: tienen por principal defecto el exclusivismo.—Influencia de la edad, del sexo, de la cloro-anhémia, del alcoholismo, de los traumatismos y de las afecciones orgánicas del corazón en la producción de esta dolencia.

Sintomatología.—Son sus síntomas principales el *dolor* y el *vómito*. Carácteres de uno y otro. Aspecto físico y moral de los enfermos.—El enflaquecimiento, la pérdida de fuerzas y la anhémia son las consecuencias de esta enfermedad.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la úlcera, del cáncer del estómago, de la gastritis crónica y de la estrechez del píloro.

Pronóstico.

Tratamiento.—Importancia de la dieta láctea. Hânse recomendado para modificar la úlcera el sub-nitrato de bismuto, los carbonatos alcalinos, el nitrato de plata y percloruro de hierro (Luton).—Los opiados la tintura de yodo y la creosota cumplen meras indicaciones sintomáticas.—Importancia de la medicación revulsiva y de la hidroterapia.

LECCIÓN 74.

Cáncer del estómago.

Definición.

Historia.—Morgagni fué el primero que presentó algunos hechos completos y bien estudiados pues ántes de él era poco ménos que desconocida esta enfermedad.

Anatomía Patológica.—Orden de frecuencia del sitio de la lesión: el píloro, la corvadura menor, el cárdias, las caras anterior y posterior, la corvadura mayor y la totalidad del órgano. Aunque todas las formas posibles del cáncer se presentan en el estómago, no obstante según las estadísticas de Brinton y Lancereaux el *escirro* es el que tiene la preferencia; síguenle luégo *el encefaloide*, *el colóide* y el *epitelioma de células cilíndricas* que al paso que Bidder, Förster, Virchow, Cornil y Ranvier, Dieulafoy y otros lo creén más frecuente que el mismo escirro; Rindfleisch dice que no se le observa casi nunca.—Historia de cada una de estas formas.—Lesiones vasculares.—Forma y dirección del estómago según la lesión radique en el píloro ó en el cárdias.—Organos próximos afectados.—Adenopatías.

Patogénia y etiología.—Casi siempre es primitivo. Influjo

de la herencia y de la predisposición individual. La edad de 50 á 60 años es la más abonada.—¿Existe un antagonismo entre esta enfermedad y las artropatías, herpetismo, tuberculósis, lesiones valvulares, etc.—Frecuencia del cáncer del estómago según las estadísticas de Lebert, Willigk y Brinton.

Sintomatología. — Generalmente se inicia por simples desórdenes dispépsicos (anoréxia, eructos, flatulencia) y por dolores persistentes en la región epigástrica. Los síntomas característicos son el *dolor* y los *vómitos*.—Caractéres de cada uno de ellos.—Síntomas generales: tegumentos secos, flojos, arrugados, teñidos de color amarillo rojizo característico; vientre combado; pulso débil; orinas escasas y cargadas de úrea yácido úrico; anasarca caquético y flegmásia *alba dolens*.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico. — El tumor epigástrico es el signo más importante para diagnosticar esta enfermedad.

Pronóstico—Mortal.

Tratamiento. — Ha de ser puramente sintomático.—Plán dietético: la dieta láctea y alimentos fuertes y nutritivos pero líquidos. Se han recomendado mucho para esta enfermedad el arsénico y el condurango pero hasta ahora los resultados son dudosos. El bromhidrato de cicutina nos ha dado muy buenos resultados para calmar los dolores (1). La

(1) En el curso próximo pasado tuvieron nuestros queridos alumnos ocasión de observar, al propio tiempo que los buenos efectos del *Bromhidrato de cicutina* en un caso de úlcera simple del estómago y en otro de cáncer, la particularidad de que á pesar de haber llegado á dar 25 centigramos al día, no produjo en los enfermos citados más que una disminución de los latidos arteriales y una ligera dilatación pupilar. El parecer de los autores respecto de las dosis de administración de este medicamento es bastante variable, pues mientras Trousseau le dá á un centígramo, Dujardin-Beaumetz dice que pueden darse 10 centigramos diarios. Nosotros aconsejamos que se empiece por pequeñas dosis y se vayan aumentando progresivamente mientras no se presenten signos de intoxicación.—(N. del A.)

ablación del cáncer del píloro por medio de la gastrotomía ensayada por el célebre cirujano M. Péan no ha dado ningún resultado satisfactorio.

LECCIÓN 75.

Gastrorrágia y hematemesis

Sinonimia. — Hemorrágia ventriculi.—Gastro-hemorrágia.—Vómito de sangre.—*Vómitus cruentus.*

Definición.

Diferencia entre la gastrorrágia y la hematemesis.

¿Puede haber hematemesis sin gastrorrágia y gastrorrágia sin hematemesis?

Patogénia y etiología. — Puede ser debida ó á alteraciones patológicas del estómago y de sus vasos, á desórdenes de la circulación ó bien á acciones mecánicas ó químicas que acarreen la salida de la sangre. La úlcera simple, el cáncer, las erosiones hemorrágicas, las alteraciones de las paredes vasculares en la degeneración ateromatosa etc. entran en el primer grupo. La cirrósia hepática, los tumores del hígado, la supresión menstrual etc., entran en el segundo y los traumatismos y los agentes químicos corrosivos en el tercero.

Sintomatología. — No vá precedida de prodromos pues los signos que algunos autores consideran como tales no son más que consecutivos á las grandes gastrorrágias y tienen gran valor cuando no van éstas acompañadas de hematemesis.—Aspectos diversos del vómito de sangre.

Diagnóstico. — Distinguir la gastrorrágia, de la epistáxis copiosa cuya sangre ha sido ingerida y de la hemoptisis.

Pronóstico. — Variable según las causas y la cantidad de sangre derramada.

Tratamiento. — A pesar de la opinión de Canstant y Bamberger, quiénes creen que en ciertos y determinados casos se debe observar una conducta expectante, nosotros opinamos que desde el momento que se inicia una gastrorrágia considerable, aunque esta sea suplementaria, debemos intervenir de una manera activa ya sea recurriendo á los astringentes vegetales y minerales ya al hielo *intus et extra*. Indicación de los revulsivos cutáneos.

LECCIÓN 76.

Gastrálgia.

Sinonimia. — Gastrodínea. — Cardíalgia. — Calambre del estómago.

Definición.

Divisiones. — Protopática y deuteropática.

Patogéniâ y etiología. — Papel que desempeñan el pneumogástrico y el plexo solar en la producción de esta neurálgia. Investigaciones de Romberg y Jaccoud sobre este particular. El entrecruzamiento de las fibras sensitivas y motoras explican perfectamente los calambres musculares que se producen durante el acceso y que pueden aún por si solos constituirlo. — Influencia de la herencia, de los desarreglos en el régimen, del abuso del cóito, de la cloro-anhémia, de las diátesis herpética y reumática, y de las afecciones morales en la producción de esta dolencia.

Sintomatología. — Sítio y caracteres del dolor. Este vá á veces precedido de prodromos (pirósis, temblor de las ma-

nos y de los piés, aturdimientos, ptialismo etc). Estado del pulso y de la lengua. Aspecto del enfermo.—Descripción de un acceso gastralgico. Síntomas consecutivos.—En varios casos hemos observado la aparición de la urticaria al finalizar el acceso, la cual ha desaparecido por si misma á las pocas horas.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la del cólico hepático de las neurálgias abdominales y de los envenenamientos.

Pronóstico.

Tratamiento.—Plán dietético: gimnasia é hidroterapia, alimentos azoados, cerveza y bebidas aromáticas. Importancia del tratamiento causal.—Tratamiento del acceso: inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina; subnitrato de bismuto á altas dosis; (1) tintura de nuez vómica; arsénico; óxido de zinc (Lombard); cianuro de zinc (Huffeland); nitrato de plata (Autenrieth); acetato de plomo y en los casos rebeldes las inhalaciones de éter y cloroformo.—Para prevenir la reaparición de los accesos son muy útiles los baños de mar, los de río y los ferruginosos. Indicaciones de la quinina.

BULÍMIA.—PICA Y MALÁCIA.—POLIDÍPSIA.—ADÍPSIA.—
DISDÍPSIA.

Idea general de cada una de estas neurósís del estómago.

(1) Con el subnitrato de bismuto asociado á la morfina hemos obtenido muy buenos resultados concordando nuestras observaciones con las de Odier que fué el primero que lo usó, (N. del A.)

LECCIÓN 77.

Dispepsias gástricas

Definición é importancia del estudio de las dispepsias gástricas.

Historia.—Han sido estudiadas en todos tiempos. Hipócrates las consideraba como la consecuencia de una falta de equilibrio entre la alimentación y el ejercicio. Areteo, Celso, Galeno, Sauvages, Vogel, Cullen, Barras, Dalmas y Andral también les dedican páginas importantes.—Trabajos de Chomel, Nonat, Beau, Guipon, Durand-Fardel, Trousseau, Williéme, Brinton, Chambers, Fox, Budd, Lutón, Laségue, Gubler, Sée, Raymond, Damaschino, Leven y Brinton.

Clasificación de las dispepsias.—Chomel las divide en accidentales, pasajeras y habituales; admitiendo entre las últimas las variedades siguientes: 1.^a flatulenta, 2.^a gastrálgica y enterálgica, 3.^a bulímica, 4.^a ácida y 5.^a alcalina y de los líquidos.—Clasificación de G. Sée: 1.^o glandulares, 2.^o mucosas, 3.^o neuro-vasculares, 4.^o *ab ingesta* y 5.^o por mecanismos complejos y variados.—Idem del Dr Robert: simples, químicas, mucosas, flatulenta, convulsiva, parálitica, congestiva, dolorosa, vertiginosa y las formas secundarias hídrica, feculenta, grasosa y azoada.—Idem de Gubler. 1.^o dolorosa y espasmódica, 2.^o atónica, 3.^o catarral y saburral, y 4.^o inflamatoria.—Idem de Dujardin-Beaumont: toma por base las modificaciones sufridas por las túnicas, las glándulas, los vasos y los nervios que entran en la constitución anatómica del estómago. Exámen crítico de

cada una de estas clasificaciones. ¿Cuál es preferible adoptar? En nuestro concepto la de Gubler.

Patogénia y etiología.—Necesidad de recordar el funcionalismo normal de los órganos digestivos para el conocimiento del funcionalismo anormal, esto es de las condiciones de los síntomas dispépsicos.—Influencia de la edad, del sexo, del temperamento, de las profesiones, del régimen de vida, de los climas; de las enfermedades de la boca, del estómago, del pulmón, del útero; de las diátesis herpética y artrítica y del nervosismo en la producción de las dispépsias gástricas.

LECCIÓN 78.

Dispépsia dolorosa y espasmódica.

Se la designa también con los nombres de *neurósica*, *gastrálgica* y *cardiálgica*.—Su cuadro sindrómico es el siguiente: sensación dolorosa á la llegada de los alimentos al estómago que se traducen por calambres en extremo dolorosos localizados en la región epigástrica; malestar general durante el trabajo de la digestión; sensación de angustia acompañada de contracciones espasmódicas á lo largo del exófago y de la faringe; eructos de gases inodoros, media hora después de haber comido; ansiedad precordial y dificultad respiratoria; desfallecimientos, lipotímias, síncope y una especie de entorpecimiento paralítico acompañado de temblores de los miembros. En los casos ordinarios el enfermo conserva el apetito. Estos fenómenos se presentan diariamente.

DISPÉPSIA ATÓNICA.

Se la conoce también con los nombres de *asténica*, *tórpida* y *flatulenta*.—Su carácter principal es el entorpecimiento del estómago y sus síntomas los siguientes: abultamiento epigástrico, molestia, angustia, ansiedad respiratoria, borborismos frecuentes á la par que se declara un meteorismo muy pronunciado; eructos, regurgitaciones ácidas ó inodoras, pirósis, astringencia de vientre y vómitos. Carácter de los mismos. En algunos casos estos fenómenos ván acompañados de los de la dispépsia neurósica.

DISPÉPSIA MUCOSA. (*catarral saburral*.)

Es muy frecuente en los aficionados á las bebidas alcohólicas, en los gastrónomos y en los que hacen uso de los alimentos demasiado irritantes; los síntomas son á corta diferencia los mismos del catarro gástrico crónico: inapetencia, amargor en la boca, náuseas, lengua cubierta de una capa amarillenta ó blanquecina, eructos, vómitos biliosos ó alimenticios, vértigos, abatimiento etc.

DISPÉPSIA INFLAMATORIA (*irritante*)

Está caracterizada por sensaciones dolorosas en la región del estómago, calor excesivo en el epigástrico al ingerir alimentos muy condimentados y dolor á la presión; regurgitaciones ácidas (pirósis) y vómitos algunas veces sanguinolentos.

Marcha de las dispépsias.—Es variable, en general larga y está sujeta á intermitencias.—Enfermedades del estómago y nerviosas consecutivas á estados dispépsicos.

Diagnóstico.—El coincidir las dispepsias con el trabajo digestivo hace que no permita se las confunda con la gastritis, gastrálgia, úlcera y cáncer del estómago.

Pronóstico.—Debe hacerse en general y particular á cada una de las formas que revista.

LECCIÓN 79.

Tratamiento de las dispepsias

La primera indicación que debemos llenar, en general, es remover las causas ya que no poseémos própiamente hablando medicamentos antidispépsicos, y combatir algunas alteraciones funcionales.—Importancia del establecimiento de un buen plán dietético.—*Tratamiento especial de cada una de las formas de dispepsias estudiadas en la lección anterior.* Dispepsia neurósica: narcóticos, antiespasmódicos, ferruginosos, hidroterapia, arsenicales, alimentos de fácil digestión y la gimnasia.—Dispepsia atónica: los tónicos amargos, la pepsina, los ferruginosos, los absorbentes, los excitantes y las aguas minero medicinales ferruginosas, alcalinas y acídulas (Ribas, Vichy, Vals, Mondariz, Marcols, Saint Galmier, Couzan, etc.)—Importancia de la proscripción del tabaco y del café en esta dispepsia. Régimen alimenticio conveniente.—Dispepsia mucosa: vomitivos, purgantes, colombo, nuez vómica, quassia, bismuto, los alcalinos, ácidos benzoico succínico y fénico, los sulfatos y las aguas sulfurosas.—Dispepsia inflamatoria: emisiones sanguíneas locales en la región dolorosa, los vejigatorios, la cauterización punteada, el aceite de cróton, la pomada stibiada y hasta los cau-

terios aplicados en la región epigástrica; los alcalinos, los narcóticos y los balsámicos también dán buenos resultados.
—Plán dietético: dieta láctea.

LECCIÓN 80.

Enfermedades de los intestinos.

ENTERITIS.

Definición.

Divisiones.—Aguda y crónica; protopática y deuteropática.—Según el sitio que ocupa la flogosis, toma el nombre de duodenitis (duodeno), enteritis (yeyuno é ileón), enterocolitis, cecitis ó tiflitis, proctitis ó rectitis.

ENTERITIS AGUDA.

Anatomía patológica.—Rubicundez punteada ó uniforme de la membrana mucosa, más acentuada en las inmediaciones de los folículos y vellosidades intestinales. Manchas equimóticas: turgescencia, reblandecimiento y ulceración de la membrana mucosa. Exudado moco-seroso: proliferación celular de los folículos y glándulas intestinales.

Patogénia y etiología.—Influencia de la edad, de las estaciones, climas, alimentación y de las constituciones médicas en su producción.—Purgantes drásticos, agentes cáusticos y enfriamientos como causas de enteritis.

Sintomatología.—Fenómenos generales: laxitud, cefalalgia, fiebre. Fenómenos locales y reflejos. Diarrea: sus caracteres.—Variedades del dolor coliquiforme.—Meteorismo.

—Ictericia gastro-duodenal: vómitos biliosos, dolor infra-hepático y constipación marcan el asiento de la flegmasia en el duodeno. (Duodenitis.)

Diagnóstico.—Un alto grado de postración, insomnio, delirio febril y la falta de dolor coliquiforme pueden hacerle dudoso y confundirla con el tífus.—Caractéres que permiten distinguirla.

Pronóstico.—Circunstancias que lo agravan ó aminoran su peligro.

Tratamiento.—Antiflogísticos directos; sus indicaciones y sitios de preferente aplicación.—Indicaciones de los sudoríficos, de los purgantes y de los narcóticos solanáceos en su caso.—Importancia del régimen dietético.

LECCIÓN 81.

Tiflitis.—Peritiflitis.—Paratiflitis.

a.—*Tiflitis.*—Inflamación del ciego y del apéndice vermiforme.

Anatomía patológica.—Las mismas alteraciones que la enteritis aguda, con la sola diferencia de ser más frecuentes y más profundas en ésta las ulceraciones, y en consecuencia más ocasionada á la perforación intestinal.

Etiología.—La origina especialmente la retención de materias estercoráceas (*tiflitis estercorácea*) y la de cuerpos extraños muy pequeños, sostenida por la tumefacción valvulariforme.—Ulceraciones tuberculosas como causa de tiflitis.

Sintomatología.—Dos formas: leve y grave.—Fenómenos que las caracterizan.

b.—*Peritífritis*.—Inflamación del tejido conjuntivo que separa el ciego de la *fascia iliaca*. Es siempre una afección secundaria.

c.—*Paratífritis*.—Flegmasia del tejido conjuntivo que adhiere el ciego á la *fascia iliaca* en su parte posterior en donde no existe prolongación peritoneal.

Diagnóstico diferencial. — Semeiótica comparativa de cada uno de dichos estados.

TIFLITIS.	PERITIFLITIS.	PARATIFLITIS.
Desarrollo gradual de la enfermedad con desórdenes de las evacuaciones por cámaras,	Desarrollo rápido, y en los casos de perforación repentina,	Desarrollo rápido, pero no repentino,
tumor de forma tuberosa desde un principio,	tumor que aumenta al exacerbarse la fiebre y el dolor,	tumor situado muy profundamente en la fosa ilíaca,
á menudo vómitos estercoreáceos,	vómitos verdosos violentos,	igual,
la palpación del tumor es moderadamente dolorosa,	dolor enorme,	ligera sensación de dolor en el tumor,
sonido macizo por la percusión hecha encima del tumor,	sonido macizo superficial que aumenta rápidamente,	sonido macizo débil con timbre timpánico predominante,
		irradiación al muslo derecho de un dolor moderado,
disposición á evacuar masas excrementicias por medio de cámaras.	disposición predominante del exudado á la absorción ó á la salida del saco.	disposición predominante del exudado á abrirse paso al exterior.

d.—*Colitis*.

Dolor en el sitio ocupado por el intestino cólon, frecuentes pero poco abundantes deposiciones de un material moco-purulento y sanguinolento.

e.—*Proctitis ó Rectitis*.

Dolor urente en el ano que irradiá á la región sacroiliaca, tenesmo rectal, deposiciones frecuentes, escasas y sanguinolentas.

Pronóstico.

Tratamiento.—Antiflogísticos locales; bebidas emolientes. —Indicaciones de los purgantes (aceite de ricino aguardiente alemán) y del hielo. —Id. de los vejigatorios y de la tintura de yodo.

LECCIÓN 82.

Enteritis crónica.

Anatomía patológica.—Engrosamiento y coloración apizarrada de la membrana mucosa debida á depósitos pigmentarios (hematina). Exudados sero ó moco-purulentos con mezcla de despojos epiteliales.—Ulceraciones.—La hipertrófia de la túnica muscular y la hiperhemia venosa se encuentran particularmente en la proctitis (inflamación del recto).

Etiología.—La de la aguda, de la cual es á veces su consecuencia, bien que suele ser crónica desde su origen.

Sintomatología.—Dolores cólicos, borborigmos, diarrea. —Caractéres de las deposiciones.—Estado del pulso y de las facultades psíquicas.—Desnutrición general.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Antiflogísticos locales, régimen lácteo.—Utilidad de los alcalinos.—Indicaciones de los purgantes á corta dosis.—Id. de los astringentes, opiados, nitrato de

plata.—Del subnitrato de bismuto en el tratamiento de la enteritis crónica.—La hidroterapia, aguas de Vichy, de Carlsbad, Plombières y las de S. Hilario són de resultados ventajosos.

LECCIÓN 83.

Oclusión intestinal.

Sinonimia.—Vólvulo (de *volvere*, arrollar).—Miserere (de *miserere*, tener piedad).—Pasión ilíaca.—Extranguación interna.—Ileo.—Cólico miserere.—Invaginación.

Definición.

Historia.

Anatomía patológica. — Flegmasia, ulceración y gangrena del sitio afecto.—Lesiones peri-intestinales.

Patogénia y etiología.—Puede ser producida, según Jaccoud: 1.º por estrechez (compresión exagerada ejercida por un tumor vecino, espasmódica, parietal y cicatricial); 2.º por extranguación (hernia crural, inguinal, obturadora isquiática y por medio de bridas); 3.º por vólvulo (prodúcese por un movimiento rotatorio de la masa intestinal entre bridas peritoneales y sobre sí mismo); 4.º por invaginación (es la causa más frecuente de la oclusión); 5.º por obstrucción (materias estercoráceas endurecidas, cálculos biliares, enterolitos, vermes intestinales, cuerpos extraños penetrados en las vías digestivas por la boca, etc.), y 6.º por pseudo extranguación (no es muy frecuente).

Sintomatología.—El síntoma más importante y que se manifiesta primero es el estreñimiento tenaz y habitual. Dolor

intensísimo, limitado al principio al nivel de la lesión é irradiándose más tarde por todo el abdomen; abombamiento del vientre; vómitos alimenticios primero, biliosos después, y más tarde estercoráceos; hipo; postración de fuerzas; descenso de la temperatura; pulso pequeño é irregular y delirio son los síntomas más comunes.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Es de gran importancia la investigación de la causa y el sitio de la lesión. Distinguir esta enfermedad de la hérnia extrangulada.

Pronóstico.—Grave en general; únicamente puede hacerse benigno cuando la oclusión tiene lugar por materias estercoráceas.

Tratamiento.—¿La sola presentación de los síntomas característicos de la oclusión intestinal, autorizan á intervenir de una manera activa?—Como no siempre es posible indagar la causa de la oclusión, podemos en muy pocos casos instituir un tratamiento racional; de ahí el que nos veamos obligados á echar mano de remedios empíricos de acción orgánica unos y de acción mecánica otros; entre los primeros recomiéndanse el aceite de crotón y el de ricino (Guéneau de Mussy), el ópio (Martin), los purgantes, las irrigaciones intestinales, la aplicación permanente del hielo sobre el vientre (Jaccoud), la electricidad (Duchame y Boudet); y entre los segundos los perdigones, el mercurio (Maydieu), la insuflación de aire, las inyecciones gasígenas y de líquidos en gran cantidad.—Tratamiento quirúrgico: la gastrotomía, la enterotomía ó la colotomía lumbar según el procedimiento de Nélaton.—Tratamiento general.

LECCIÓN 84.

Úlcera perforante del duodeno.

Anatomía patológica.—Sítio, forma y extensión de la úlcera.—Perforación y cicatrización.—Fístulas cístico-duodenales.

Patogénia y etiología.—Es más frecuente en el hombre que en la mujer.

Sintomatología.—Ofrece á corta diferencia el mismo cuadro sindrómico de la úlcera del estómago. Cítanse únicamente como síntomas especiales los dolores en el hipocóndrio derecho que se reproducen periódicamente y siempre algunas horas después de haber comido, fenómenos dispépsicos y dilatación del estómago.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—El mismo de la úlcera gástrica.

PERFORACIÓN INTESTINAL.

Anatomía patológica.—Lesiones consecutivas.

Patogénia y etiología.—O es traumática ó es resultado de los progresos de un trabajo ulcerativo.

Sintomatología.—Dolor, meteorismo, timpanitis y vómitos biliosos.—Estado de la temperatura y del pulso.—Aspecto del enfermo.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.—Grave.

Tratamiento.—Los calmantes únicamente.

ENTERORRÁGIA Y MELENA.

Definición.

Patogénia y etiología.

Sintomatología.—Caractéres cualitativos y cuantitativos de la sangre expulsada por las cámaras diarreicas.—Exámen microquímico del humor melénico.—Síntomas generales.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—¿Deben cohibirse siempre las enterorragias?—Indicaciones del hielo, de los astringentes vegetales y minerales y del subnitrato de bismuto en particular (Monneret).

Idea general de los *hemorroides* y de la *pneumatosis intestinal*.

LECCIÓN 85.

Dispepsia intestinal.

Historia.—Trabajos de Chomel, Graves, Durand-Fardel y Sée.

Patogénia y etiología.—Análoga á la de la dispepsia gástrica.—Relación que existe entre una y otra.

Sintomatología.—Aparición de los síntomas borborígmicos y cólico intestinal, á las seis horas después de ingeridos los alimentos. La constipación es más frecuente que la diarrea.—Síntomas reflejos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la dispepsia intestinal de la enteritis crónica.

Pronóstico.—La aparición de una diarrea permanente agrava el pronóstico.

Tratamiento.—Plan dietético.—Importancia de la medicación causal.—La pancreatina, la diastasa y las aguas mínero-medicinales de Argenton y de Orezza dan muy buenos resultados.

CONSTIPACIÓN DE VIENTRE.

Definición.

Patogénia y etiología.—La edad, el nervosismo, ciertas enfermedades gastro-hepáticas é intestinales, el abuso de los purgantes y ciertas condiciones anormales de los jugos digestivos la determinan con mucha frecuencia.

Sintomatología.—Meteorismo, sensación de plenitud y de compresión; perturbaciones en la respiración y circulación (palpitaciones de corazón, vértigos, etc.), y várices hemorroidales.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Varía según la causa.—Plán dietético.

CÁLCULOS INTESTINALES.—ENTEROLITOS.

Obsérvanse más principalmente en el intestino grueso, son raros en el hombre y frecuentes en los animales, principalmente los rumiantes y los solípedos (*benzoards*). La-

boulbéne los ha estudiado muy detenidamente (1). En el hombre tienen con frecuencia, por punto de partida, un cuerpo extraño (un hueso de fruto, un pepino, un cálculo biliar); formándose concreciones de materias animales, carbonatos y fosfatos de cal. Su número y dimensiones son variables; el más voluminoso encontrado por Hüss y Mossomder, tenía un diámetro de 17 centímetros.—Mientras los enterólitos no sean excretados su sintomatología es muy obscura.

Tratamiento.—Los purgantes.

ENTERÁLGIA

Sinonimia—Cólico intestinal.

Definición.

Patogénia y etiología—El nervosismo, la helmintíasis, la cloro-anhemia, el herpetismo, las impresiones morales, las oscilaciones atmosféricas, y los envenenamientos por el plomo y cobre suelen producirla.

Sintomatología—Sítio y caracteres del dolor intestinal. Descripción de un acceso y duración del mismo.—Fenómenos consecutivos y reflejos: palpitaciones de corazón, pulso concentrado y pequeño, respiración irregular y difícil, tenesmo vexical y rectal.—Aspecto especial del enfermo.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico—Distinguir la enterálgia de la enteritis, del vólvulo, de la peritonitis, del cólico hepático y nefrítico y de la intoxicación..

Pronóstico.

(1) Véase el *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2.^a série, t. II, p. 1383, año 1873; los *Archives gén. de médecine*, 6.^a série, t. XII, p. 641, año 1873, y la *Anatomie patholog.*, 1878. *Sur les sables intestinaux*. (N. del A.)

Tratamiento.—El mismo á corta diferencia que el de la gastrálgia, mientras no nos sea posible descubrir la causa. Cuando esta nos es conocida debemos plantear la medicación causal.

LECCIÓN 86.

Entozoarios. — Vermes intestinales. — Helimintiasis.

Importancia de este estudio

Historia.—Trabajos de Rudolphi (1808), Von-Liebold, Dujardin, Büchenmeister, Leuckart, Ban Beneden, Laboulbène, Klebs y Davaine.

Clasificación de Dujardin.—*Nematodes* (cuerpo cilíndrico y largo provisto de boca y canal intestinal, sin órganos especiales de movimiento y unisexuales): tricocéfalos, filarios, estróngilos, ascárides lumbricoides, oxiuros y trichinosis.—*Cestodes* (forma aplastada ó de cinta, constituidos por muchos segmentos, no tienen boca ni intestino y están provistos de ganchos en la cabeza): cisticercos, equinococos y tenias.

Nematodes.

ASCÁRIDES LUMBRICÓIDES (*ascaris lumbricoïdes*)

Descripción, número, sitio en que viven y sus emigraciones.

Patogénia y etiología.—Influencia de la edad, del sexo, de las razas, de la alimentación, del linfatismo y del escrofulismo en su mayor desarrollo.

Sintomatología.—Algunas veces la presencia de los ascá-

rides pasa desapercibida, pero otras dá lugar á síntomas especiales tales como los cólicos, los dolores pungitivos y abultamiento del vientre, el ptialismo, los vómitos, las evacuaciones diarreicas y sanguinolentas, las orinas sedimentosas, pulso pequeño é irregular, cara abotagada, párpados azulados, dilatación y desigualdad de las pupilas, rechina-
miento de dientes, escozor y comezón en las narices.—Síntomas reflejos: insómnio, eclámsia, corea, trastornos intelectuales, delirio, amaurosis, parálisis, etc. A pesar de que todos estos síntomas tienen algún valor, no obstante únicamente podemos asegurar su existencia por la presencia de ascárides ó de sus huevos en las evacuaciones alvinas que se reconocen al microscópio por su forma prolongada, ovoidea y su aspecto uniforme.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Musgo de Córcega, semen contra, santolina, calomelanos, alcanfor, esencia de trementina, corallina, hollin, aceite de ricino y de crotón y el hidro-fluo-silicato potásico recomendado por Luton(1).

TRICHOCEPHALUS DISPAR.

Caracterízase por su forma larga y delgada en sus dos tercios anteriores é hinchazón en su porción posterior. Los huevos son elípticos con masas esféricas en sus extremidades. Vive en el ciego, donde es á veces muy abundante y su presencia pasa de ordinario desapercibida.

(1) Para más detalles léase el erudito trabajo del Dr. Guérmonprez, profesor de Lille, sobre el *Tratamiento de los ascárides lumbricoides* traducido y publicado por *El Sentido Católico en las ciencias médicas* en los números 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33 T. III año de 1882.

OXIURIS VERMICULARIS (*lombriz saltadora, de cola
puntiaguda, gusano del queso*)

Hállase en el intestino grueso y particularmente en el recto, corriéndose en la mujer algunas veces á la vagina. Stricher (1) dice que su presencia en el recto es muy rara, siendo, según él, más frecuente en el extremo del ileon y del ciego.

Descripción de los oxiuros.

Patogénia y etiología.

Sintomatología.—Prurito anal y vulvar que aumenta con el calor de la cama y que determinan tenesmo rectal el primero, y el onanismo y flujos leucorréicos el segundo (Lallemand).

Tratamiento.—Además de los vermífugos ordinarios dán muy buenos resultados los enemas de agua fria, salada, con vinagre, jabonosa con nitrato de plata y sublimado corrosivo. Según Kopp presta también buenos servicios una fricción en el ano y en la mucosa del recto hecha con una pomada mercurial.

(1) Virch. Archi.—1861.

LECCIÓN 87.

Cestodes.

Género taenia: tiene tres especies principales.

I.—TÆNIA SOLIUM, SOLITARIO Ó ARMADA.

Descripción, dimensiones, sitio en que habita y regiones del globo en que es más común.—Sitio que ocupan sus órganos generadores y descripción de los mismos.

II.—TÆNIA MEDIO CANELLATA.

Distínguese de la anterior por tener los proglotidos (anillos) mayores y más gruesos, aumentando mucho más cerca de la cabeza en longitud y latitud. La aparente cabeza está desprovista de corona de ganchos y de cresta; teniendo, empero, en su vértice cuatro grandes y vigorosos órganos chupadores. Parece que esta especie es la que domina en Suiza y Viena.

III.—BOTRIOCEPHALUS LATUS.

Es el cesto de mayor del hombre.—Descripción de su cabeza, anillos, cola y órganos generadores. Obsérvase particularmente en comarcas ricas en agua, y con más frecuencia que en ninguna se la halla en la región occidental de la Suiza, en los distritos ricos en lagunas de la parte Nor-

oeste y Norte de Rusia, en Polonia, en Suecia y en el Este y Oeste de Prusia.

Generación y etiología.—La antigua opinión de Rudolphi, Bremser y otros de que los cestodes, así como los demás helmintos se desarrollaban de los jugos del cuerpo por medio de una generación espontánea, ha sido desechada gracias á las modernas investigaciones de Küchenmeister y Leuckart, pues han demostrado hasta la evidencia lo erróneo de esta opinión y establecido por observaciones exactas que las *tænias* son ovíparas y que han de pasar por tres fases de desarrollo: formación del *huevo*, del *botón* y de los órganos *sexuales*.—Modo de efectuar estas fases.—El comer carne cruda de cerdo ó de buey es una de las causas más abonadas.—¿El clima tiene alguna influencia en la producción de la *tænia*?

Sintomatología.—Dolores cólicos que recidivan; dolores en la parte derecha del hipogástrico, que se exacerban especialmente después de ciertas comidas (sardinas escabechadas, jamón salado, cebollas, etc.), y se mitigan por medio de sustancias suaves (leche, sustancias farináceas, etc.); diarrea, inapetencia, náuseas, *pirósis*, accesos cardíalgicos, abultamiento del abdomen principalmente en el bajo vientre, enflaquecimiento, palidez del semblante y síntomas nerviosos reflejos: dilatación pupilar, estrabismo, rechinar de dientes, sueño inquieto, etc. A veces no se presenta fenómeno alguno que indique la presencia de la *tænia*.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—El único signo patognomónico es la expulsión de los cucurbitines.

Pronóstico.

Tratamiento.—*Profiláctico:* proscripción de la carne cruda.—*Curativo:* tænífugos y tænicidas; diferencias entre unos y otros.—*Acciones que deben tener:* primero una especial sobre el verme y otra de expulsión del mismo al exterior. Por regla general, es necesario no dejar pasar más de una hora entre la administración del tœnícida y del tœnífugo.—*Reglas generales para la administración de unos y otros:* que el tubo digestivo no contenga gran cantidad de materia alimenticia (purgar al enfermo á la víspera y tenerle en ayunas á lo ménos hasta la comida de la tarde) y procurar obtener el verme con su cabeza (exigir al enfermo que haga sus necesidades en un servicio lleno de agua tibia al objeto de que impida las contracciones que con alguna frecuencia separan la cabeza del resto del cuerpo del animal). La saoria, el tatzé, el musseva, el estaño, el petróleo, el ácido fénico y salicílico, el éther sulfúrico, la cebadilla y la esencia de trementina se han recomendado por algunos autores, pero no han dado grandes resultados. Tyson recomienda las semillas de calabaza. Uso del koussou, del kamala, del helecho macho y de la corteza de granado.—De las pelletierinas: su acción fisiológica y modo de administración.

LECCIÓN 88.

Trichinosis (1)

Sinonimia.—Enfermedad de los trichinos.

(1) Hemos escrito *trichinosis* y *trichinos* con *ch* y no con *g*, como hacen la mayoría de autores, porque creemos que los términos técnicos no deben sufrir alteración, pues de lo contrario se llega á desconocer su etimología y significado. Hacemos esta advertencia porque no há mucho tiempo que un periódico profesional de la Côte, pretendía probar en un extenso artículo que debían españolizarse los términos técnicos, citando entre otros el que ahora nos ocupa. Los alemanes, los ingleses,

Definición é historia.—Su primera descripción data del año 1860.

Anatomía patológica.—Descripción de la trichina: es un pequeño helminto de 1 á 3 milímetros de longitud y de un tercio de milímetro de diámetro, su cuerpo se encuentra regularmente enroscado en espiral, razón por la que Owen que fué el primero que la descubrió, le dió el nombre de *trichina spiralis*.—Descripción del quiste que la envuelve.—Sítio que ocupa.—Animales de donde procede.—Reproducción del parásito: Leuckart dice que cada hembra puede producir mil huevos.—Migración del mismo.

Sintomatología.—En su principio el cuadro sindrómico de esta enfermedad no se diferencia de la fiebre gastro-intestinal; obsérvanse más tarde dolores musculares, anasarca, trastornos adinámicos en medio de los cuales puede venir la muerte á los cinco días (Leuckart. (1)

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Importancia del exámen microscópico aplicado directamente extrayendo por medio del trocar harpón de Middeldorff (Kelectono) pequeñas partículas del tejido muscular del enfermo.

Pronóstico.—Grave en general.

Tratamiento.—Cuando la infección es reciente, esto es, cuando los *trichinos* no han salido todavía del intestino bastará un purgante drástico para arrastrarlos al exterior y evitar de este modo su diseminación á través de los órga-

los franceses, los rusos y los portugueses no han caído en tamaños errores, pues todos conservan escritas las palabras técnicas segun la ortografía de su procedencia, así escriben *Synphysis*, *Syphilis*, *Chlorosis*, *Edema*, *Methodo*, *Pneumonia*, etc. Nosotros, como se habrá podido observar, hemos conservado esta ortografía en los términos científicos, por estar completamente convencidos de su conveniencia.—(N. del A.)

(1) Vivchow: *Archiv.*—1860.

nos. Una vez han alcanzado ya los músculos sólo nos queda el recurso de sostener las fuerzas del enfermo, pues ni el picro-nitrato potásico recomendado por Friedreich, ni la benzina (Mosler y Kratz), ni el aceite de trementina (Behrends), han dado hasta ahora resultados. El Dr. Rhode recomienda las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina como calmante y la ergotina como curativo de los accidentes producidos por los trichinos.

LECCIÓN 89.

Enfermedades del hígado.

Historia.—Antigüedad de su estudio. Fases que ha seguido desde Hipócrates y Galeno hasta los últimos trabajos de Budd, Frerichs y Charcot bajo el punto de vista de la utilidad que la anatomía microscópica puede reportar á la patología hepática.

Consideraciones anatómicas y fisiológicas.

HIPERHÉMIA DEL HÍGADO.—CONGESTIÓN HEPÁTICA.

Definición.—Aflujo exagerado de sangre en los vasos del órgano.

Divisiones.—Activa ó por fluxión; pasiva ó por éxtasis; protopática y deuteropática; aguda y crónica.

Anatomía patológica.—Forma, volumen, consistencia y aspecto de la cubierta peritoneal y de la superficie de sección del hígado hiperhemiado.—Estado de las células hepáticas y de su protoplasma: éste se hace granuloso (Vul-

pian) y contiene cristales de hematóidina, materia colorante de la bilis y pigmento negrozco.

Patogénia y etiología.—Lesiones hemáticas. Afecciones cardio-vasculares y pericardiácas. Enfermedades crónicas del pulmón, tumores del mediastino, etc. Influencia de la edad, clima y temperamento. Acción de los traumatismos.

Sintomatología.—Sensación desagradable de plenitud en el hipocóndrio derecho. Estado de las funciones digestivas. Fenómenos que revela la palpación y la percusión. La congestión simple no determina calentura.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Márquense las diferencias sindrómicas que distinguen la activa de la pasiva, la aguda de la crónica y la protopática de la deuteropática.

Pronóstico.

Tratamiento.—Antiflogísticos directos é indirectos, generales, locales y á distancia; bebidas acídulas. Indicaciones de los purgantes y de los alterantes.

LECCIÓN 90.

Hepatitis parenquimatosa.

Definición.

Divisiones.—Aguda y crónica.

A. *Hepatitis aguda.*

Anatomía patológica.—Peso, volúmen, coloración y consistencia.—Período supurativo. Formación de abscesos. Número, sitio y dimensiones de los mismos; su enquistamiento, reabsorción y abertura. Reblandecimiento del tejido hepático, y transformación gránulo-grasosa de sus

células. Discusiones sobre el punto de origen del absceso hepático.

Patogénia y etiología.—Influencia de la edad, de los climas y de las condiciones bromatológicas.—Traumatismos: rara vez la provocan (observaciones de Bud y Marchead).—Embolos purulentos ó necrósicos.—Cálculos que obstruyan los conductos biliares.

Sintomatología.—Dolor hepático y fiebre más ó menos intensos según participe ó no de la flógosis la túnica serosa.—Dolores reflejos. Cambios de forma de la región del hipocóndrio derecho y mayor extensión de la zona del sonido macizo.—Síntomas gástricos, ictericia y vómitos biliosos.—Síntomas respiratorios: dispnea, tós seca é incómoda (*tós hepática*). Orina *hematérica* (Gubler). Período supurativo: escalofríos, aumento de los síntomas generales.—Pausa engañadora y de duración variable.—Fenómenos que demuestran la presencia del absceso.

Curso y terminaciones.—Variabilidad del primero.—Posible curación por la intervención quirúrgica ó por resolución.

Diagnóstico. Distíngase de la congestión hepática y de la fiebre biliosa de los países tropicales.

Pronóstico.

Tratamiento.—Antiflogísticos: sanguijuelas y escarificaciones. Indicaciones de la sangría general.—Sus contraindicaciones.—Circunstancias que reclaman la administración de los purgantes (ruibarbo, calomelanos, aceite de ricino). Plán revulsivo.—Alimentación de cada uno de sus períodos.—Tratamiento de los abscesos hepáticos.

B. *Hepatitis crónica.*

Anatomía patológica.—Hiperhemia, induración, reblandecimiento y supuración del tejido hepático.

Patogénia y etiología.—Traumatismos, sífilis, abusos alcohólicos. Climas cálidos.

Sintomatología.—Dolor: sus caracteres. Fenómenos que acusan la palpación y la pleximetría.—Alteraciones digestivas. Id. de la cubierta cutánea. Desnutrición. Ascitis consecutiva.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distíngase de la aguda, de los tumores hidatídicos, del cáncer y de la cirrósisis.

Pronóstico.

Tratamiento. Sanguijuelas y ventosas escarificadas; sitio de elección y sus indicaciones.—Purgantes desobstruentes. Yodo y mercuriales.—Hidroterapia.—Cauterios, moxas y sedales.—Aguas minerales alcalinas y salinas.—Importancia del régimen y de la dieta láctea en la terapéutica de la hepatitis crónica.

LECCIÓN 91.

Cirrósisis del hígado.

Sinonimia.—Hepatitis general intersticial.—Hígado granugiento.

Definición.

Formas.—Hipertrófica, atrófica, anular é insular.

Anatomía patológica.—Alteraciones de volúmen, figura, consistencia y color que ofrece el hígado, representativas de cada una de las formas señaladas.—Estado de la túnica peritoneal y caracteres de la superficie de sección de la

substancia hepática.—Caractéres microscópicos: formación de pequeñas células de tejido conjuntivo en inmediata relación con las ramificaciones de la vena porta.—Oclusión de la parte terminal del conducto colédoco.—Infarto esplénico.—Catarro crónico intestinal.—Ascitis.

Patogénia y etiología.—Influencia del alcoholismo, de la sífilis, del paludismo y de las cardiopatías en la producción de la cirrósia. Id. del café, de los alimentos estimulantes, de la alimentación insuficiente y de las malas condiciones —Opinión de Trousseau sobre las causas próximas de la cirrósia y manera de generarse.

Sintomatología.—Vaguedad de los fenómenos iniciales: están constituidos casi exclusivamente por trastornos digestivos (tensión epigástrica, anoréxia, flatulencia, etc.).—Primer período: aspecto exterior del enfermo; exámen directo de la región hepática. Variaciones que ofrece el volumen del hígado.—Infarto esplénico, hemorrágias y cambios en la composición de la orina.—Período de estado: derrame peritónico tipo; flebectásias abdominales y hemorroidales.

Curso y terminaciones. — Lento, continuo y progresivo.

Diagnóstico. Dificultades que puede ofrecer al principio. —Distingase de las otras enfermedades del mismo órgano y de las otras vísceras abdominales que suelen presentar ascitis (cáncer y tubérculos del peritoneo).

Pronóstico.

Tratamiento. Cúmplase la indicación causal.—Importancia de la dieta láctea y azoada.—Empleo de los purgantes y desobstruentes (áloes, ruibarbo, jabón medicinal etc.). Id. de los preparados yódicos y de los ferruginosos.—Id.

de las píldoras azules en la forma hipertrófica (1).—Aguas minerales yodadas y ferruginosas.

LECCIÓN 92.

Degeneraciones del hígado.

CÁNCER HEPÁTICO.

División.—Primario y secundario.—Mayor frecuencia del segundo.

Anatomía patológica.—Estructura medular con metamorfosis cirrótica.—Superficie de sección: nudosidades blandas cancerosas de diverso volumen y en distintas fases de desarrollo.—Infiltración cancerosa difusa: se extiende por etapas mayores ó menores, conservando los *acini* su figura, bien que son más gruesos y más anchos, y de un color blanco gris más pronunciado.—Aumento del volumen y peso del hígado (éste puede llegar de 5 á 10 kilogramos).—Formaciones cancerosas en otros órganos.—Estado de la serosa que lo cubre (peritoneo): engrosamiento, flegmasia lenta, y adherencias con los órganos vecinos.

Patogénia y etiología.—Influencia de la edad, sexo y del género de vida en su producción.—Id. de los climas templados.—Estadísticas de Oppolzer, de Rokitsansky, Friedrichs y Köhler.—No está demostrada la influencia de las pasiones de ánimo deprimentes, ni la de los alcohólicos, mala alimentación y malas costumbres.—Acción de los traumatismos.

(1) La fórmula de las píldoras azules es de: Mercurio y conserva de rosas 3 gramos de cada uno y un gramo de polvo de regalíz para hacer píldoras de 15 centigramos. Se toman de 2 á 6 por día. (N. del A.)