

CAPÍTULO VIII

ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS.

Constituyen un punto negro en la patología del aparato digestivo y quizá su conocimiento exacto tendría importancia suma, no tanto para una mayor ilustración de la fisiología normal, como para el ejercicio clínico. ¡Cuántas veces se habrán visto enfermos con un síndrome abdominal indescifrable y que su muerte fué debida á una oscura enfermedad pancreática! porque nosotros no participamos del concepto de que las atribuciones del páncreas son tan modestas que deba figurar en un término muy secundario dentro de las jerarquías de nuestras vísceras. No queramos velar nuestra ignorancia, señalando aquel órgano con un estigma de nulidad.

Pero el desconocimiento clínico, ya que no anatómico, de sus enfermedades, es hasta cierto punto justificado. Por una parte su situación topográfica no le pone al alcance de nuestras palpaciones ni inspecciones directas; allí oculto y atravesado entre el estómago, el duodeno y el cólon transversal, por delante, y la columna vertebral, por detrás, escapa á toda manipulación. Pero si no fuera más que esto, no sería excusable la ignorancia de su patología, porque otros órganos hay tan profundos y tienen sin embargo su fisonomía característica; la verdadera causa explicativa de su anómala excepcionalidad se encuentra en el modo de ser funcional de la víscera. El páncreas no ejerce actos independientes, con líneas de demarcación bien definidas, sino que sus funciones se entrelazan íntima y paralelamente con las de otros órga-

nos, produciéndose una acción del todo solidaria; unida su actividad durante el trabajo digestivo á la del hígado y á la de los intestinos, mejor puede apreciarse una resultante final de los tres factores, que un papel subordinado á cada uno de ellos. Aun concediendo al páncreas un notorio influjo en el juego de la digestión, no goza de una especialidad química, sino que todas las sustancias alimenticias que su jugo metamorfosea (albuminoideos, hidrocarburos y grasas), también son atacadas por una ú otra de las secreciones del aparato de la digestión, desde las glándulas de la saliva hasta los folículos entéricos; si el páncreas digiriese un solo alimento, con carácter exclusivo, ya tendríamos una base de qué partir para conocer su morbosidad; pero tal cosa no ocurre. Es por esto que, sin ser pesimistas, entendemos que todavía transcurrirá algún tiempo sin que su patología se dilucide.

Ganosos los clínicos de descifrar el enigma, han buscado una sintomatología general aplicable á todos los procesos pancreáticos y hablan de la abundante secreción de saliva (sialorrea), de las deposiciones grasientas (esteorrea), de las orinas grasosas (lipuria) y del tinte bronceado de la piel; pero la verdad es que este síndrome ni es constante, ni es patognomónico, porque puede faltar de todo punto, y si se ofrece importa advertir que, lejos de ser exclusivo de la morbosidad del páncreas, se puede desarrollar igualmente en otras afecciones. En suma, hoy por hoy, los diagnósticos en vida sólo podrán sospecharse y su confirmación viene *post-mortem*.

A. — HEMORRAGIA DEL PÁNCREAS.

Se han visto enfermos que, de una manera inopinada, han presentado una tan copiosa enterorragia que, no pudiendo cohibirse, ha sobrevenido la muerte con rapidez. Después de muchas conjeturas se ha practicado la autopsia y ha podido

comprobarse que el flujo de sangre partió del páncreas, degenerado, y que pudo enfiar por el duodeno, ya por el mismo conducto de Wisburg, ya por un trayecto ulcerativo pancreático-duodenal.

A los conocidos casos de Zenker, puede añadirse el muy notable observado por el Dr. Mariani, de Madrid, inserto en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*.

B. — PANCREATITIS.

La inflamacion del páncreas puede ser aguda y crónica.

La pancreatitis aguda (Strümpell) consiste en un infarto total del órgano, con focos hemorrágicos y purulentos. Los enfermos han acusado fuerte dolor en el epigastrio, vómitos, colapso, pequeñez de pulso, fiebre y despues enfriamiento de las extremidades y muerte.

La pancreatitis crónica suele producirse por propagacion de procesos circunvecinos ó por la accion de las bebidas alcohólicas. Su principal síntoma consiste en la dispepsia intestinal, con evacuaciones cargadas de grasa sin digerir.

C. — ATROFIA DEL PÁNCREAS.

Dice aquel autor que esta enfermedad es comun en personas de naturaleza empobrecida, y que es constante en la diabetes sacarina, sin que se conozca aún la relacion que pueda existir entre ambas afecciones.

D. — NEOPLASMAS DEL PÁNCREAS.

El más comun es el cáncer. Es observado con mucha frecuencia, ora con carácter primitivo, ora como segunda ó tercera etapa del cancerismo. Es enfermedad de los viejos, aunque recientemente Litten ha visto un enorme sarcoma en un

niño de cuatro años. Como forma anatómica, puede ofrecerse la medular, la escirrosa, la epitelial y la coloidea.

El síntoma más característico consiste en un tumor transversalmente colocado delante de la columna vertebral y doloroso. Los enfermos enflaquecen con rapidez, deponen sustancias grasas, y gracias á diversas compresiones internas, suele aparecer ictericia y ascitis.

Pero nosotros preguntamos: ¿quién con estos síntomas, aun dando de barato la percepción del tumor, sabrá distinguir el cáncer, de una neoplasia de otro cualquiera de los órganos de la misma region ó de sus proximidades?

CAPÍTULO IX

ENFERMEDADES DEL PERITONEO

ASCITIS.—HIDROPESÍA PERITONEAL

Etiología. — Es sin disputa la ascitis la enfermedad del peritoneo más comun, pero con tanta frecuencia viene representando el papel de proceso deuteropático, que muchos autores la niegan en absoluto la condicion de afecto idiopático é independiente. Nosotros no nos mostramos tan exclusivistas, convencidos de que en ciertas ocasiones, y siempre á título de cosa rara y excepcional, la hidropesía del peritoneo puede existir *per se* y constituyendo la totalidad del proceso. Será, si se quiere, de explicacion difícil la existencia de un estado hidrópico de aquella serosa, representado solamente por un fuerte trabajo de secrecion; pero no titubeamos en afirmar que el hecho existe y que tenemos reunidas diversas observaciones clínicas que así lo comprueban: ascitis, bien graduadas por cierto, y que ni han dependido de una peri-

tonitis, ni de ninguna otra enfermedad; es decir, un proceso hidrópico, consistente tan sólo en una fuerte hipercrenia de la serosa.

Mas, si bien se considera, no es tan fenomenal el caso, ya que en otros órganos puede suceder lo propio. En la piel, cuando se desarrolla el edema idiopático *a frigore*, tenemos un ejemplo. Confesamos, sin embargo, que en los casos observados no nos ha sido posible apear verdaderamente la causa productora; pero haremos constar que siempre han recaído en niños y adolescentes, y con más frecuencia en individuos del sexo femenino, con aproximación á la época de las primeras menstruaciones, pero en todos ellos sin la concurrencia de ninguna de las causas que se señalarán como capaces de engendrar la ascitis consecutiva.

Las causas menos comunes de hidropesía peritoneal son las que radican en la misma serosa; de todas maneras, la peritonitis aguda y crónica, los tubérculos y los neoplasmas de la citada serosa figuran en esta etiología. En cambio, todo lo que aumente la presión de los vasos del peritoneo, ya directa, ya indirectamente, constituye la génesis más natural de la ascitis: en este sentido deben indicarse todas las lesiones que dificultan la circulación de la vena porta (éxtasis, piletrombosis, cirrosis del hígado, cáncer y quistes hepáticos de cualquiera clase que sean, lesiones del corazón y de los grandes vasos, enfermedades del aparato respiratorio que dificulten la circulación general y la del abdomen, lesiones del bazo y del mesenterio, tumores de la matriz y de los ovarios, etc.).

Pero aun considerando normal la presión vascular de la porta, pueden producirse ascitis siempre que, ó por alteración de la textura de los vasos peritoneales, ó por modificación profunda en los elementos constitutivos de la sangre, se truecan las condiciones de la osmosis y puede trasudarse el suero y derramarse en la serosa. Entre este orden de causas

pueden señalarse todas las enfermedades consuntivas crónicas; las infecciones agudas que han expoliado la sangre ó que han dado cierta laxitud á la cohesión de las paredes vasculares (tífus, cólera, disentería, viruela); ciertas infecciones crónicas (sífilis constitucional, paludismo inveterado); grandes pérdidas de sangre y también supuraciones prolongadas; las enfermedades crónicas del riñon, especialmente la nefritis de Brighth, que es sin disputa la enfermedad más hidropígena, y por último, diversas nosohemias (aglobulia, hidrohemia, escorbuto, enfermedad de Werlhoff, etc.).

Anatomía patológica. — Dejando aparte la série de lesiones propias de cualquiera de las enfermedades que se acaban de señalar, y considerando la ascitis en sí misma, diremos que su característica anatómica consiste en la presencia de una determinada colección de líquido en el peritoneo. La cantidad de humor derramada puede ser tan considerable que venga representada por 20, 30 ó más litros. El líquido pocas veces es incoloro, como el agua, antes al contrario, suele ofrecerse de color citrino como la orina ó de ámbar, y en algun caso ya más raro, parece por su amarillez y hasta por su verdosidad un producto ictérico, ó por su matiz un poco pardo ó rojizo, acusa la presencia de una cantidad mayor ó menor de sangre. De ordinario es transparente como el agua y un tanto espumoso en el momento de ser coleccionado en un recipiente, pero en algun caso presenta pequeños copos ó nebulosidades y hasta algun cristal brillante de colesteroína, ofreciéndose algo siruposo. La reacción suele ser alcalina, constituyendo la ácida y la neutra una verdadera excepción; el peso específico viene representado entre 1004 y 1024. Histológicamente el líquido de la ascitis es bastante complejo, pues en él se descubren células de endotelio desprendidas, glóbulos rojos de la sangre, corpúsculos linfoides y sustancias grasas. Químicamente se observa una gran semejanza con el suero sanguíneo, por manera que se encuen-

tran : albúmina, en diferentes proporciones (15, 20 por 1000 ó más), urea (desde 6 hasta 18 ó 20 por 1000), materias extractivas y sales; pero en algun caso se puede reconocer la presencia de la grasa y de la glucosa. Esta complejidad de factores, unidos en proporciones muy distintas, viene subordinada en parte á la índole de las enfermedades que figuran en la etiología de aquella hidropesía.

Sintomatología. — A medida que se colecciona el líquido, el vientre va abultándose, primero hácia las partes del declive, pero despues crece en su totalidad, llegando en algun caso á un extremo de distension tan extraordinaria que hasta las costillas falsas están como abombadas. El crecimiento es uniforme, por manera que el abdomen es simétrico; pero la figura varía un tanto, segun la posicion que el enfermo guarda: si de pié, sobresale la mitad inferior del vientre; si echado, se ensancha por los lados. La piel se presenta blanca, estirada, brillante y con una especie de estrías paralelas á la línea alba que pueden dejar en la parte, como en las paridas, un sello indeleble. El ombligo va perdiendo su figura circular, presentándose, ya hendido transversalmente, ya saliente á modo de un pequeño exónfalo ó hernia, hasta que al fin puede llegar á borrarse, siendo difícil acertar el punto en que aquella cicatriz reside. Las paredes abdominales están adelgazadas, á menos que la hidropesía peritoneal se acompañe de anasarca, en cuyo caso ellas tambien lucen la infiltracion edematosa de las partes restantes del cuerpo. Al nivel de toda la region ocupada por el líquido, la pleximetría da un sonido oscuro, que contrasta con la sonoridad de las partes restantes; zona maciza que podemos variar á voluntad, haciendo que el enfermo cambie de posicion, colocándose, v. gr., en decúbito supino, de lado, de pié ó á gatas. A medida que la coleccion aumenta, la topografía de la insonoridad crece, quedando tan solo en algunos casos un pequeño espacio sonoro hácia el epigastrio, representado por

el paquete intestinal fuertemente empujado hácia arriba por la gran masa de líquido. Manipulando como la técnica clínica enseña, se puede apreciar la fluctuacion del líquido, en una zona mayor ó menor y con más ó menos claridad, segun la cantidad de líquido derramado y la distension y adelgazamiento de las paredes.

Hablan los autores de una plenitud de las venas subcutáneas del abdomen, pero este dato, si existe, no depende directamente de la ascitis, sino de la enfermedad causal, hepática ú otra.

La hidropesía peritoneal produce una serie de fenómenos mecánicos, cuya explicacion es por demás fácil: así la elevacion del diafragma disloca y comprime los órganos intratorácicos, de lo cual resultan la dispnea, las palpitations de corazon, la asistolia, á veces, la congestion pulmonar, la tos, etc. Estos trastornos se acentúan más cuando el enfermo está echado en cama; pero en cambio durante la bipedestacion, la masa líquida produce tirantez dolorosa en las ingles y en el arranque de los muslos, y si el hidrópico quiere andar, se ve obligado á hacerlo, como una mujer embarazada, inclinando el dorso atrás y separando las piernas, para aumentar la base de sustentacion.

Trastórnanse tambien las funciones digestivas, siendo comun la inapetencia, la dispepsia gastro-intestinal y el estreñimiento de vientre. En cambio la llamada sed hidrópica pocas veces puede observarse como resultado natural de la ascitis.

Las secreciones de orina y de sudor disminuyen notablemente.

Curso y terminaciones.— La marcha es variable, quedando subordinada á las exigencias de la patogenia; así hay ascitis rapidísimas en su desarrollo y las hay tan lentas que necesitan el concurso de algunos meses para alcanzar el máximum; las hay tambien de curso progresivo, ó al revés, de una mar-

cha tan oscilante que aparecen y desaparecen. La terminacion puede ser feliz, reabsorbiéndose el líquido por completo, ó fatal, estacionándose la hidropesía. En este caso la muerte puede venir representada por mecanismos los más diversos ; por los efectos propios de la enfermedad causal ; por la participacion que toman en el proceso el corazon y los grandes vasos (de ahí el anasarca, que viene á aliarse con la ascitis) ; por los desórdenes respiratorios ó por los gastro-hepáticos ; por la anuria y la uremia consecutivas ; por la caquexia hidrópica, etc.

Diagnóstico. — En clínica procede un doble conocimiento : saber si hay ó no ascitis, y conocer el origen del mal.

El primer diagnóstico, por punto general, es fácil si se ha coleccionado ya una cantidad mínima de 500 á 1000 centímetros cúbicos, porque entonces se aprecia la insonoridad en los puntos del declive, la fluctuacion característica y hasta á veces el ruido hídrico intra-abdominal, cuando el enfermo cambia bruscamente de posicion. A pesar de todo, pueden ocurrir algunas dudas que importa solventar.

A veces se percibe una pseudo-fluctuacion. Hay ciertos estados de tirantez abdominal en los que la mano que percute trasmite á la otra mano que se mantiene aplicada contra las paredes, en el punto diametralmente opuesto, una sensacion especial vibratoria que es engañosa ; pero el error se corrige fácilmente, pues basta que un ayudante comprima la línea alba con el borde cubital de su mano, para que cese aquella especie de ondulacion que venía representada por el movimiento de las paredes del abdomen y no por la ondulacion de un líquido.

La peritonitis crónica no puede confundirse con la ascitis, porque es dolorosa, no produce la dislaceracion simétrica del vientre, suele ser febril, y si se apela, para alejar toda duda, á la puncion exploradora, se extraerá, en caso de peritonitis, un líquido que, segun Reuss, contendrá más de 20 por 1000

de albúmina, cifra que representa el máximum en la ascitis.

La enfermedad que mejor se confunde con ésta es el gran quiste del ovario, con tanto más motivo cuanto es comun que este tumor se acompañe de hidropesía peritoneal. En estos casos se tendrá en cuenta, ante todo, la diversa etiología de uno y otro caso y la apreciacion de los fenómenos viscerales que evolucionan en union de cada proceso, al objeto de inquirir si hay más justificacion para una enfermedad sexual que del peritoneo. Pero en el reconocimiento directo encontraremos aún mejor los datos diferenciales; en los quistes ováricos raras veces el abultamiento deja de acentuarse más en un lado que en otro; dada ya la plenitud abdominal, si la enferma se pone en decúbito supino el vientre no se aplanan un tanto, sino que se conserva puntiagudo; si el líquido es quístico no se disloca la zona de insonoridad, aunque se cambien los decúbitos; colocada la enferma en posicion horizontal se encuentran sonoras las regiones postero-laterales, en direccion al cuadrado de los lomos; no suele haber descenso del útero, ni convexidad hácia abajo del fondo de saco vaginal, sino elevacion y á veces lateralizacion de la matriz, conservándose normal el fondo de la vagina, y, por último, el líquido de los quistes es más denso y muchas veces turbio, como siruposo y hasta de color un tanto acafetado.

Ya diagnosticada la ascitis, se sabrá si es idiopática ó deuteropática, apreciando con gran detenimiento la génesis del proceso morboso.

Pronóstico.— Siempre debe hacerse muy grave, aunque no tanto en las hidropesías protopáticas como en las deuteropáticas, y en éstas lo subordinaremos á la mayor ó menor curabilidad de la enfermedad causal.

Tratamiento.— Desde luego debe advertirse que si la ascitis es consecutiva, debe establecerse una terapéutica á propósito para corregir la causa morbosa productora del estado hidrópico. Como esta indicacion variará en cada caso, juzga-

mos innecesario entrar en detalles respecto de este punto.

Veamos, pues, qué tratamiento importa seguir contra la ascitis en sí misma, sea idiopática, sea sintomática.

Aunque la alimentacion habrá de subordinarse al especial estado en que se encuentren las vías digestivas, de todos modos recordaremos que la dieta de leche es utilísima en semejantes casos, no sólo porque corrige el trabajo hiperémico gastro-intestinal que suele emparejar con la hidropesía del peritoneo, sino que obra el papel de un poderoso diurético. Se usarán también las carnes y las yemas de huevo y seremos parcos en el empleo de las sustancias vegetales, particularmente de aquellas que contienen bastante cantidad de agua, porque aparte de los beneficios de la dieta láctea, interesa un régimen alimenticio seco.

A menudo sienta bien una medicacion tónica reconstituyente, y en este concepto apelaremos á los preparados de hierro que no sean estípticos, dando alguna preferencia al citrato; pero esto no excluye ni otros marciales con ácido orgánico, ni tampoco la medicacion fosfatada, sobre todo á base de fosfato de sosa.

Los medicamentos dialíticos (yoduros alcalinos, carbonato y benzoato de sosa, nitrato de potasa, etc.), tienen cabida holgada en la terapéutica, y aún la tendrían más si no fuera por la accion depauperante que su continuado uso deja sentir. Todos los diuréticos (véase *Cirrosis anular*) están indicados. También los purgantes, particularmente los hidragogos (tintura de jalapa compuesta, sales neutras, aguas minero-medicinales sulfatadas, etc.).

En contados casos tienen aplicacion los sudoríficos, dada la cronidad del mal y la aridez de la piel, que tan mal responde á los diaforéticos; con todo, en la ascitis idiopática, si la alcanzamos en sus comienzos, los juzgamos muy útiles dando la preferencia á los polvos de Dower, á las infusiones de jaborandi, á las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato

de pilocarpina (1 á 2 centígramos) y á los baños de vapor.

Algunos hablan de la faradizacion intensa de las paredes abdominales para excitar fuertemente las diuresis, y hablan al propio tiempo de los vendajes de franela muy apretados para lograr mecánicamente la expulsion del líquido por el ombligo, intestinos, trompas, etc. No tenemos experiencia particular sobre la bondad de estos medios y nos limitamos á apuntarlos, bien que con alguna desconfianza.

En cambio, podemos encomiar como excelente recurso contra la ascitis idiopática y hasta contra las sintomáticas, en las que no haya una contraindicacion especial, el uso de un agua minero-medicinal muy dialítica y diurética, que es la de San Hilario-Sacalm, en la provincia de Gerona. Varias son las observaciones que tenemos recogidas y en algun caso el éxito ha sobrepujado á nuestras esperanzas, bastando á veces una sola temporada de veinte á treinta dias para lograr la reabsorcion total del líquido.

Cuando los medios indicados fracasan y el gran desarrollo que la hidropesía ha alcanzado comienza á determinar fenómenos dispnéicos temibles, ó á dificultar el sueño, ó á embarazar la circulacion de la cara inferior, ó á hacer muy difícil el funcionalismo del riñon ó el gastro-hepático é intestinal, debe apelarse á la puncion del abdomen. Pero entiéndase que la paracentesis cumple de ordinario una indicacion simplemente sintomática, y que el líquido no tardará en volverse á coleccionar, por lo cual debe demorarse todo lo posible, no sólo para evitar las contingencias naturales del acto operatorio (1), sino para que el enfermo no se desaliente tempranamente, en vista de la reproduccion.

La paracentesis debe repetirse cuantas veces sea menester, y parece increíble cómo algunos enfermos conllevan reitera-

(1) Hemos visto ya dos casos de muerte casi repentina al finalizar la evacuacion del líquido, á pesar de las precauciones que se tomaron y que son ya clásicas, por parálisis cardíaca, debida al cambio de presion.

dos actos operatorios. Lécam, citado por Eichhorst, habla de un caso de 886 punciones (?): nosotros no recordamos cifras superiores á 30 ó 40.

En caso de extraordinaria rebeldía ¿podría apelarse á una inyeccion intraperitoneal con un líquido capaz de determinar una irritacion sustitutiva? Nosotros la vimos practicar una vez al Dr. Coca, con una disolucion de cloruro de sodio, pero la muerte sobrevino á las pocas horas. En contra, el Dr. Marquillas logró un éxito brillante inyectando una disolucion yodo-yodurada en un enfermo que había ya resistido 30 paracentesis.

PERITONITIS

La inflamacion de la serosa peritoneal puede ser aguda y crónica.

PERITONITIS AGUDA.

Etiología. — En la determinacion de esta enfermedad desempeñan papel muy importante los agentes infectivos, y no falta quien, en el deseo de dar unidad al concepto nosogénico, la atribuye siempre á la accion de los mismos; sin embargo, un criterio tan absoluto sólo puede sostenerse forzando la interpretacion de ciertos hechos y dando como probadas ciertas afirmaciones más que dudosas todavía. Conste, pues, que sin negar todo el valor de tal elemento etiológico, nos resistimos á aceptar que siempre y en todo caso debamos admitirlo como único determinante de todas las formas de peritonitis.

Esta enfermedad raras veces es un afecto idiopático, y las mismas formas consecutivas á los traumatismos de la pared abdominal, á las heridas penetrantes de vientre (peritonitis traumáticas) y á la accion de la humedad y del frio (perito-

nitis *a frigore*), requieren el concurso de ciertas circunstancias individuales que obran en cierto modo como causas predisponentes; por esto, si bien estas formas pueden observarse en personas robustas y de cualquiera edad y sexo, son más frecuentes en los anémicos, en los de constitucion débil y en los que vienen padeciendo enfermedades cardíacas, pulmonares, hepáticas y renales de alta intensidad. La inflamacion de la serosa peritoneal es casi siempre deuteropática: unas veces aparece como consecuencia de la propagacion de un proceso inflamatorio primitivamente localizado en alguno de las órganos abdominales (gastritis, enteritis, hepatitis, nefritis, esplenitis, cistitis) ó de enfermedades de diverso carácter (tiflitis estercorácea, vólvulo, hernia estrangulada), que tienden á determinar en la serosa estados flogísticos de intensa gravedad; otras veces procede de la propagacion al través de los linfáticos, de una pleuritis purulenta; en otros casos es resultado de una metritis, ovaritis ó linfangitis de la baja pélvis, consecutivas á la infeccion puerperal, con la particularidad de que en estos últimos casos no siempre se acierta con la lesion primitiva en tales órganos. Aun cuando no tan frecuentes, son de citar otras formas gravísimas que resultan de la perforacion de ciertos órganos y tumores abdominales y de la penetracion en la cavidad de la serosa de los materiales que contenían. Las perforaciones del estómago ó de los intestinos debidas á procesos ulcerativos tíficos, disentéricos ó de otra índole; la rotura de los abscesos y quistes hepáticos ó de las vías biliares; el desgarró del útero, de las trompas de Fallopio, de los quistes ováricos; la abertura de los abscesos renales ó del psoas; las dislaceraciones traumáticas del hígado, de los riñones, del bazo, del intestino, de la vejiga urinaria, etc., figuran en la extensa lista de las causas de peritonitis por perforacion. Admítense asimismo otras formas denominadas discrásicas (Jaccoud), que se observan

como graves complicaciones en el curso de algunas fiebres infectivas (viruela, erisipela, escarlatina, tifoidea), de la piohemia, de los tubérculos, del cancerismo, etc., sin que sea siempre posible darnos de su patogenia una satisfactoria explicacion.

Anatomía patológica. — Limitada ó difusa la peritonitis, parcial ó generalizada, las lesiones que la caracterizan son siempre análogas, y las principales variantes que se observan deben referirse á la época en que son apreciadas y á la causa de que proceden.

La lesion inicial es una intensa hiperemia. Los capilares de la serosa se presentan dilatados, formando arborizaciones y caprichosas bandas muy marcadas entre las asas intestinales; hay asimismo extravasaciones de sangre á manera de puntos rojizos ó de pequeños equimosis en el espesor de la membrana, cuyo tejido subyacente se ofrece edematoso é infiltrado. La superficie se presenta al principio reseca, sin brillo, como vellosa, por efecto del desprendimiento del endotelio y de la proliferacion del tejido conjuntivo; á no tardar se deposita en ella un exudado fibrinoso que, á manera de fina película, cubre las regiones afectas y establece endebles adherencias entre las asas intestinales y demás órganos comprendidos en las zonas inflamadas. En algunos casos el exudado adquiere mayor consistencia y forma una falsa membrana resistente y gruesa, capaz de organizarse y llegar á constituir una verdadera neo-membrana conjuntiva, fibrosa, vascularizada; y de esta suerte vienen á establecerse extensas adherencias laminares entre las superficies de las vísceras abdominales ó crearse resistentes bridas de espesor variable, que dificultarán en gran manera el funcionalismo de los órganos interesados, privándolos de su natural movilidad, ocluyendo á veces su calibre y determinando en su nutricion graves trastornos comparables á los que en el músculo cardíaco ocasionan las pericarditis crónicas. En todo

caso la cavidad de la serosa resulta subdividida en varios compartimentos que pueden alojar materiales de diversa naturaleza.

En otras ocasiones el depósito fibrinoso, aún cuando se exagera considerablemente, no tiende á organizarse, y la forma *adhesiva* cede el paso á la *exudativa* de la inflamacion peritoneal, aun cuando las dos pueden combinarse ó sustituirse en el curso de la enfermedad. Deposítase en la cavidad de la serosa un exudado libre, tan variable por su cantidad como por sus caracteres : unas veces es tan abundante, que llena la cavidad abdominal, y entonces es flúido, amarillento, verdoso, turbio, y lleva en suspension numerosos corpúsculos de pus, copos de materia fibrinosa y de células endotélicas conglomeradas ; otras veces es escaso y ocupa solamente las partes declives de la cavidad, tiene mayor consistencia, es como lechoso, casi purulento ; en contadas ocasiones el tumor es rojizo y contiene sangre, que procede de la rotura de los mismos vasos serosos, si fué intensa la flujion inicial, ó de la de los ténues vasillos que riegan la membrana neo-formativa ; en otras, y tal acontece en las formas perforativas, el exudado, además de ser purulento, sanioso y fétido, como trasunto de la gangrena de la serosa, viene mezclado con materiales del intestino, con excrementos, con vermes á veces, y posee entonces propiedades en alto grado nocivas, si por descuido el autopsiante se inoculara. Ni la cantidad del exudado, ni el predominio en él de determinados elementos histológicos son característicos de ninguna de las formas peritoníticas que conocemos ; sin embargo, parece ser que los exudados abundantes, sero-fibrinosos y purulentos se observan en las formas *a frigore*, en las perforativas y en las puerperales, mientras que las escasas y consistentes son más propios de las peritonitis por propagacion y de las traumáticas.

Estas lesiones van acompañadas de las que asientan en los

órganos del abdomen, comprendidos en las regiones afectas, y que son, por lo tanto, más numerosas y más extensas, á medida que el proceso peritoneal tiende á generalizarse ; las adherencias que pueden entre ellos establecerse, quedan ya mencionadas, pero no así el edema y la isquemia, que afectan las superficies del hígado, del bazo, etc., que están en contacto con la serosa inflamada ; ni tampoco la infiltracion de las tunicas intestinales, que nunca falta, y que es la causante de la akinesia, que en vida del enfermo se observara, y del meteorismo intenso y de la constipacion tenaz que á la dolencia caracteriza, excepto en los contados casos en que el edema de la mucosa va seguido de abundante trasudacion de humores en el tubo intestinal : entonces la astrictcion de vientre viene sustituida por verdadera diarrea de materiales flúidos y descompuestos.

La gravedad de estas lesiones no excluye la posibilidad de la curacion : la parte líquida de los exudados es reabsorbida, y lo son asimismo los elementos celulares que contienen, prévia su transformacion en grasa ; las adherencias laminares y las bridas de nueva formacion por idéntico mecanismo llegan tambien á desaparecer, estando la salud del paciente á merced de que su desaparicion se complete ó no, quedando en este caso dificultado temporal ó definitivamente el funcionalismo de los órganos afectos. En las formas supurativas cabe la posibilidad del enquistamiento de los materiales exudados, constituyéndose un verdadero absceso cuyo contenido podrá reabsorberse ó abrirse paso al través del tegumento externo, si antes no comunica con alguno de los órganos del abdomen (vejiga, recto, etc.).

La terminación por gangrena es poco frecuente.

La cronicidad resulta principalmente de la persistencia de las adherencias y de las bridas ó de la prolongacion indefinida de los exudados purulentos.

Sintomatología. — Tanto si se trata de una peritonitis idio-

pática como de una deuteropática, los síntomas iniciales son siempre los mismos, con la diferencia de que en unos casos acometen bruscamente, revelándose desde luego con inusitada violencia, como acontece en ciertas formas perforativas y en las reumáticas, mientras en otros, y son los más comunes, se presentan insidiosamente y se van acentuando hasta adquirir la intensidad característica; así se fraguan, casi siempre, las peritonitis por propagacion y las que derivan de una peritonitis primitivamente parcial que tiende á generalizarse. Pocas veces pasa desapercibido el comienzo del mal, á menos que se trate de algun enfermo sumido en adinamia profunda ó en lo más graduado del marasmo y de la depresion absoluta de las facultades intelectuales.

Sea cual fuere el modo de invasion, casi nunca faltan escalofrios más ó menos intensos y repetidos, y un movimiento febril, que antecede ó acompaña al dolor abdominal característico, que al principio se localiza en las regiones inferiores, pero que no tarda en generalizarse, conservando con todo su mayor intensidad en los puntos iniciales. El dolor es agudo, intensísimo, intolerable, y más lancinante que urente: las mismas contracciones del intestino, la más leve presion, el más ligero contacto, el mismo peso de las ropas de la cama, el menor movimiento, lo exaltan; y es por esto que sólo la idea de un examen manual espanta al enfermo. No tolera la aplicacion de tópicos abdominales pesados, y por lo mismo hasta se abstiene de hablar, acorta la amplitud de los movimientos respiratorios, retiene la tos, retarda en lo posible el acto de vomitar y se mantiene inmóvil, en decúbito supino con marcada tendencia á la flexion, todo con el objeto de mantener flácidas las paredes abdominales y de moderar los movimientos del diafragma. El vientre se abulta á no tardar, por efecto del acúmulo de gases en los intestinos, gracias á la paresia de su túnica muscular, ya por efecto del edema, ya por la misma

sideracion del plexo solar. Las asas intestinales distendidas se dibujan al través de las paredes del abdomen, principalmente en aquellos casos en que sufrieron prévia exagerada distension, como acontece en las formas puerperales. El vientre está timpánico, excepto en las partes declives, en donde se acumulan los exudados, cuyo sonido es oscuro; pues es de advertir que la sonoridad invade la misma region del hígado, por haber sido empujada la víscera hácia la cavidad torácica ó por haberse interpuesto alguna asa de los intestinos de gran calibre. En los contados casos en que existe una considerable cantidad de líquido en la cavidad de la serosa, puede percibirse fluctuacion oscura, ya que el reconocimiento se hace con gran dificultad. Por la auscultacion consíguese percibir en determinados puntos un frote que coincide con los actos respiratorios, del todo análogo al que se percibe en la pleuresía, y como éste explicable por la resequedad de la serosa y por la presencia de exudados plásticos en sus superficies.

A todo esto las vías digestivas son asiento de graves y marcadas perturbaciones: la lengua se presenta pequeña, lanceolada, encendida en la punta y bordes y á veces seca; la inapetencia es completa; la sed intensísima; las náuseas son frecuentes y se observan vómitos alimenticios y mucosos, y más tarde de materiales verdosos, porráceos, cuya expulsion causa vivos sufrimientos al paciente; en ulteriores períodos no son raras la regurgitaciones que, como los vómitos, son obra de actos reflejos emanados de la serosa inflamada. La paresia intestinal, ya comentada, explica la tenaz constipacion que domina en el curso de la peritonitis: sólo en ciertas formas septicémicas es comun la diarrea y entonces son frecuentes las evacuaciones involuntarias, permitidas por la relajacion y la parálisis del esfínter, á tal grado, que basta un pequeño movimiento del paciente ó una leve presion sobre el abdomen para dar lugar al escape de mate-

riales por el ano. La orina es escasa, encendida, á veces albuminosa, y en los casos en que se afecta el peritoneo vesical es muy comun la estranguria.

El hipo, síntoma funestísimo en el curso de la peritonitis, y que causa indecibles molestias al paciente, proviene del constante estímulo que sufre el diafragma á consecuencia del proceso flogístico, y por la imposibilidad en que se halla, por efecto de la enorme distension abdominal, de dar libre amplitud á sus movimientos. Empujado á lo alto de la cavidad torácica, es causa de ectopia del corazon y de que se fragüen en ambos pulmones, tambien comprimidos, verdaderas congestiones, primero en las bases, y que luego se generalizan, acabando todo ello por disminuir el campo respiratorio y por producir en el enfermo una dispnea intensa y una marcada cianosis.

La fiebre persiste durante todo el curso de la enfermedad, con marcadas remisiones y exacerbaciones de la temperatura, que oscila entre 39 y 40° y más, y del pulso que por lo comun es frecuente (120 á 150 pulsaciones), pequeño, retraido, duro, y á veces filiforme é irregular, especialmente en los casos que tienden á una mala terminacion. Es hecho característico de la peritonitis la marcada tendencia á la depresion circulatoria y al colapso, ya apreciable desde los primeros dias; pero que se acentúa extraordinariamente en los sucesivos. Otros hechos, además, dan clara idea de la gravedad de la dolencia: la cara se presenta pálida y hasta un poco lívida, y con los pómulos salientes y encendidos, afilada la nariz y fria, hundidos los ojos en las órbitas amoratados y secos los labios, rasgos que vienen á constituir la facies peritonítica; las extremidades tienden á enfriarse y se observa un ligero edema en lo tobillos; el dolor y la ansiedad incesante impiden el sueño; pero las facultades intelectuales conservan toda su lucidez, siendo excepcional el delirio, cuya aparicion precede muy de cerca el final de la afeccion.

Tal es el cuadro clásico; pero ciertas formas de peritonitis presentan rasgos especiales que importa consignar. La *puerperal*, consecutiva á las lesiones uterinas y pelvianas, que son secuela de los partos distócicos y artificiales, suelen desarrollarse pocas horas despues del alumbramiento, ó en los primeros dias que le subsiguen: inicianse con repetidos y violentos escalofrios, con intensa fiebre (40°, 41°) y dolor vivísimo en las zonas abdominales inferiores, que coinciden con una acentuada fetidez loquial, cuando esta secrecion no se suprime del todo. En esta forma, de curso rápido, de terminacion casi siempre funesta, la tendencia al colapso es marcada, y más que en ninguna otra son comunes los trastornos de la inervacion y el delirio. La *peritonitis perforativa* es la más grave, por lo comun mortal, y se revela por un dolor brusco, repentino, intensísimo, localizado al nivel de la region dislacerada, que coincide mejor con el cuadro propio de un peritonismo que de una peritonitis verdadera, y que va muy de cerca seguido de un colapso que puede hacerse mortal en pocas horas. En estos casos, si no hay antecedentes patológicos que puedan relacionarse con este proceso, y tal acontece, verbigracia, en las perforaciones del estómago consecutivas á una úlcera simple no revelada por síntomas anteriores, surgen dudas muy fundadas acerca de la causa de la muerte, y es posible atribuirla á una hemorragia interna, á la rotura del corazon ó de un aneurisma, á un envenenamiento ó á un ataque de cólera asiático fulminante (Bristowe). Si la terminacion no es siempre tan rápida, son grandes las dificultades diagnósticas, máxime cuando el suceso se atraviesa en el curso de ciertas enfermedades que trastornan profundamente la inervacion, privando al paciente de dar clara idea de los daños que le aquejan; es por esto que, cuando la peritonitis por perforacion ocurre en la tifoidea, hay que fiar más en el gran colapso que se desarrolla, con abultamiento rápido del vientre y vómitos, que en los fenómenos subjetivos que el

enfermo pueda suministrar. Las *peritonitis parciales*, á su vez, como resultado de la propagacion de los afectos inflamatorios abdominales ya enumerados, van siempre precedidas y acompañadas del síndrome que á éstos caracteriza, notándose en ellas que el dolor, áun generalizándose, tiene su máximum en el punto donde tiene asiento la lesion originaria, y los síntomas generales no suelen adquirir la intensidad, ni la gravedad propias de otras formas.

Curso y terminaciones. — La peritonitis aguda es una enfermedad de curso siempre rápido y de gran mortalidad ; en algunos casos la muerte ocurre á las pocas horas (caso de perforacion) ó del tercero al cuarto dia ; en otros tarda un septenario y hasta dos en sobrevenir. Cuando la terminacion ha de ser fatal, suele anunciarse por una rebaja, sospechosa siempre por lo brusca, de los síntomas locales, y á menudo por la completa desaparicion del dolor : los síntomas generales, en cambio, son bastante expresivos para que comprendamos que el alivio es engañoso y que aquella aparente calma acusa las más graves lesiones, tal vez la misma gangrena. En efecto, obsérvase que el paciente se pone álgido y cianótico ; que se cubre de sudor pegajoso y frio ; que cae en profunda indiferencia ó en verdadero estado comatoso, interrumpido por regurgitaciones frecuentes de materiales oscuros ó sanguinolentos, y que la respiracion se hace irregular é imperceptible el pulso. A veces todos estos síntomas sobrevienen bruscamente, cuando nada en el estado del enfermo parecía indicarlo, y hay que admitir, como única explicacion de este hecho, la exageracion de la accion paralizante que la excitacion de los nervios peritoneales ejerce sobre el músculo cardíaco.

Quando la enfermedad ha de terminar favorablemente, los síntomas locales, el dolor y el meteorismo, van lentamente remitiendo, y con ellos la fiebre y los trastornos digestivos y respiratorios, siendo siempre necesario que transcurra un

espacio de tiempo más ó menos prolongado (dos ó tres septenarios), para que el restablecimiento se complete. Empero, el paciente queda en todo caso sujeto á las múltiples contingencias de las lesiones peritoneales que puedan persistir, haciendo una conversion á la cronicidad.

Diagnóstico. — Son tan característicos los síntomas de la peritonitis aguda, que su confusion es muy difícil con las restantes afecciones, que provocan intenso dolor abdominal ; con todo, insistiremos en señalar las diferencias que la separan de las mismas, especialmente de la enteralgia con hiperestesia de la pared del vientre (cólico histérico), de la enteritis y del reumatismo de los tegumentos abdominales. La ausencia de antecedentes histeriformes, la falta de fiebre, el carácter del dolor, más bien aliviados por una amplia presion en las formas enterálgicas que agravado, como lo es en la peritonitis, bastan para distinguir estas dos enfermedades ; la astriccion de vientre, casi constante en la inflamacion del peritoneo, es más que suficiente para evitar toda confusion con la enteritis, en la que es la diarrea el síntoma que más predomina ; del reumatismo abdominal diferénciase la peritonitis por los caracteres del dolor, nunca tan vivo, no tan extenso, ni tan profundo, en aquel afecto, y el estado general del paciente, que revela en la peritonitis suma gravedad, y por sus tendencias al colapso, á que nunca alcanza la localizacion reumática. Los dolores á que da lugar la migracion de los cálculos hepáticos y renales, aunque vivísimos, se prestan pocas veces á confusion, pues han de impedirlo los antecedentes del enfermo, el modo de invasion de la dolencia, la falta de fiebre, y si las dudas persisten, antes de poco cuidará de desvanecerlas la marcha de la dolencia.

Pronóstico. — La peritonitis es siempre una enfermedad gravísima ; sin embargo, el pronóstico debe acentuarse más en unos casos que en otros, atendiendo particularmente á la extension del proceso y á la causa determinante del mismo.

Las formas perforativas se hacen casi siempre mortales dentro de un breve plazo ; muy graves son tambien las peritonitis puerperales, pues se combinan con estados generales infectivos ó puohémicos, que no lo son menos. Las formas traumáticas y las reumáticas, aun cuando peligrosas, no lo son tanto como las precedentes, acaso porque no encuentran al organismo en las pésimas condiciones que son habituales en los que padecen éstas. Las peritonitis parciales adhesivas que se fraguan al nivel de las lesiones ulcerativas y degenerativas de los órganos abdominales, son siempre de desear, pues suponen, como dice metafóricamente Niemeyer, un inteligente esfuerzo de la naturaleza para impedir la penetracion del contenido de aquellos órganos en la cavidad peritoneal, si llegan á perforarse.

Tratamiento. — La diversa patogenia de la peritonitis imprime al proceso, por lo que se acaba de ver, diferencias clínicas de bastante importancia para que sea imposible fijar una terapéutica que convenga á todos los casos. Importa, pues, una division, agrupando en una parte, para constituir el tipo que llamaremos clásico, todas aquellas formas (peritonitis traumáticas, *a frigore*, reumáticas y por propagacion de otros procesos flegmáticos) que ofrecen la evolucion normal de los afectos inflamatorios ; y en otra, las que llevan en sí un carácter séptico y hasta gangrenoso (peritonitis infectivas puerperales y por perforacion). De no proceder de esta suerte, resultan esa serie de divagaciones, sino contradicciones, en que incurren algunos á propósito de estos asuntos.

Tipo clásico (peritonitis franca). — El enfermo debe quedar adietado en las primeras horas, pero al dia siguiente, en la prevision del abatimiento de fuerzas que más tarde podrá producirse, conviene administrar algun alimento líquido (leche, caldo animal ó vegetal), pero siempre en cortísimas cantidades, en virtud del incesante vómito que hace difícil

toda ingestion. La sed intensa y la misma emesis obligan al uso de bebidas frias y hasta heladas, y aun á la administracion de aguas carbónicas naturales y artificiales, y más tarde al champagne, si tan grande es el colapso.

Contra esta forma de peritonitis poseemos, entre otros, cuatro grandes remedios que pueden producir un notorio resultado, si sabemos manejarlos á tiempo y con discrecion: el mercurio, el ópio, las substracciones de sangre y la aplicacion del hielo sobre la parte. Es fácil que algun lector nos tilde de reaccionarios; no importa: pero advierta que hay hechos que la experiencia ha sancionado, y que á pesar del vaiven de las doctrinas, deben sostenerse, si no queremos ir fluctuando de continuo en el campo de la terapéutica. Véase si no la reaccion que ya hoy viene operándose, respecto del plan antiflogístico, despues de un anatema que ha durado un cuarto de siglo.

Los calomelanos á dosis cortas y repetidas (5 miligramos cada dos horas), constituyen una excelente medicacion, cuando pueden emplearse en los tres ó cuatro primeros dias del mal, es decir, antes que esté en marcha el trabajo exudativo; despues, ya va pasando su oportunidad, aunque todavía podrían sostenerse á dosis algo mayor (10 miligramos) para activar la diuresis. El tratamiento hidrargírico puede ampliarse con fricciones mercuriales sobre el mismo abdomen ó en la parte antero-interna de los muslos. Se suspenderá la medicacion si el enfermo se colapsa ó, en todo tiempo, si asoma al pthialismo.

La aplicacion de sanguijuelas ó de ventosas sajas sobre el sitio del mal, hecha con alguna prodigalidad, tambien es muy ventajosa, como lo es en la pleuritis siempre que la constitucion del enfermo lo permita, y cuando corran los dos ó tres primeros dias de la afeccion; despues ya es arriesgado el medio y hasta puede resultar contraproducente.

En estas primeras épocas de la peritonitis, tambien se

saca gran partido, dada la topografía bastante superficial del proceso, de la aplicación continuada al vientre de tópicos fríos (fomentos helados, vejigas de hielo, etc.). Se oponen á la fluxion vascular y calman el dolor, pero por desgracia muchas veces no podemos insistir en semejante recurso, porque los enfermos no toleran el peso de aquellos cuerpos, ó porque aparece el momento final de concentracion álgida. De todos modos, la aplicación debe hacerse continuada y sin interrupciones, hasta tanto que llegue el momento de suspenderla.

El ópio es irremplazable en todos los períodos del mal, á pesar de que el habitual estreñimiento de vientre, podría hacerlo suponer contraindicado. Calma el dolor, mitiga el vómito, permite el sueño, mantiene el pulso reaccionado y facilita el sudor. Puede administrarse solo ó unido al protocloruro de mercurio; y se puede usar el ópio en sustancia, en cualquiera de sus formas farmacológicas, ó puede ser sustituido por sus alcaloides, sobre todo por las sales de morfina en inyecciones, particularmente si el vómito quita la tolerancia gástrica.

Todo esto constituye base del tratamiento, pero deben cumplirse indicaciones de orden sintomático, v. gr., vencer el estreñimiento (enemas emolientes ó purgantes), calmar el vómito (gotas de alcohol de menta, dosis cortas de magnesia efervescente, subnitrate de bismuto, á 5 centigramos por dosis, oxalato de cerio, etc.), moderar la fiebre (inyecciones con una sal de quinina soluble), combatir el agotamiento de fuerzas (difusivos, quina, etc.). Hay indicaciones de éstas que se cumplen á veces con alguno de los medios anteriormente indicados, lo que simplifica bastante el recetario; y otras tampoco complican mucho la gestion del clínico, porque no son incompatibles ó porque se emplean cuando ya se ha abandonado alguna medicacion anterior.

Tipos sépticos.—Contra estas formas consideramos indica-

dísimo el ópio y la aplicacion del frio, pero contraindicadas las subtracciones de sangre. Respecto del mercurio, puede emplearse (Dr. Rull) sin vacilacion, hasta el pthialismo, en la peritonitis puerperal, y nosotros, ciertamente, hemos podido comprobar su eficacia; tampoco le tememos en la peritonitis que á veces se desarrolla en el curso de las pirexias exantemáticas; pero en cambio, en la peritonitis por perforacion nos parece contraindicado.

En todas las formas sépticas, incluidas las perforativas, si con el ópio y el hielo no se enfrena la evolucion peritonítica, se apelará á la aplicacion de extensos vejigatorios sobre la parte.

Inútil es decir que en todos estos casos se han de cumplir indicaciones de orden sintomático, como en el tipo clásico, con los medios ya apuntados.

PERITONITIS CRÓNICA.

Etiología. — A veces es consecutiva á uno ó más ataques de peritonitis aguda, que dejaron en la serosa lesiones de resolucion difícil, lenta é imposible en algunos casos; por lo tanto las más de las causas que figuran en la etiología de los procesos agudos, resultan serlo de los crónicos. Pueden además producirla las repetidas punciones del abdomen en los ascíticos, y varias enfermedades de los órganos en él contenidos (cirrosis hepática), principalmente los afectos ulcerativos del estómago y de los intestinos. Pero es evidente que las causas más abonadas son el carcinoma y la tuberculizacion, máxime cuando las localizaciones tienen asiento en la mucosa del tubo intestinal; en los gánglios retro-peritoneales y mesentéricos, y en los órganos genitales de la mujer. Dicho esto se comprende que la enfermedad en cuestion sea más frecuente en la mujer que en el hombre y más en las edades infantiles que en las adultas.

Anatomía patológica. — Propias son de la peritonitis crónica la mayor parte de las lesiones que hemos descrito al hablar de las formas agudas, pues exceptuando la hiperemia propia de su período inicial, todas las demás pueden encontrarse: el engrosamiento de la serosa, gelatinoso ó esclerótico; numerosas bridas y láminas de tejido conjuntivo de gran espesor, que dividen y subdividen la cavidad peritoneal en compartimentos, en los que se hallan depositadas variables cantidades de líquido seroso, turbio, purulento ó sanguinolento, ó en algunas ocasiones un exudado gelatiniforme, extraordinariamente abundante, que distiende el abdomen y comprime el tórax (Kunze). En las formas resultantes de reiteradas paracentesis véanse flotar en la serosidad ascítica numerosos copos de materia fibrinosa, y en la cara interna de la pared abdominal se observan exudados consistentes y adherencias que atestiguan el origen de las lesiones. El exámen microscópico delata en las formas tuberculosas la naturaleza de la enfermedad, pero no ha sido posible hasta ahora determinar en los exudados inflamatorios la presencia del bacilo. Obsérvanse también masas más ó menos voluminosas de materiales caseosos y calcáreos como centro de antiguos depósitos purulentos en vías de regresión, que no lograron abrirse paso hácia el exterior.

Los órganos del abdomen, además de las lesiones que figuran, como causantes de la peritonitis crónica, presentan en su nutrición y en sus relaciones cambios notables: adherencias entre sí de asas intestinales, y á veces todas ellas aparecen formando un paquete, que es empujado hácia las regiones altas junto con el gran epiploon, formando una masa en forma de cordon duro, intensamente pigmentada; la masa intestinal puede fusionarse con el estómago y por la retracción cicatricial del tejido fibroso que los une, resulta estrechado el calibre de tales vísceras y cambiadas sus relaciones de tal suerte, que pueden retraerse en su totalidad hácia la

columna vertebral ó ser arrastradas en direccion á la pequeña pélvis. El hígado y los conductos biliares si resultan comprendidos en las zonas afectas, y así acontece en ciertos casos de peritonitis parcial, quedan comprimidos, y son de observar entonces en la glándula lesiones análogas á las de la peri-hepatitis crónica, y la ictericia más ó menos generalizada y aun la ascitis, si resultan obstruidas las mencionadas vías y los capilares de la vena porta.

Las formas cancerosas y tuberculosas se acompañan de localizaciones de tal naturaleza, en otros importantes órganos de la economía.

Sintomatología.— Si la peritonitis crónica es consecutiva á las formas agudas, nótase que el dolor y el meteorismo tienden á disminuir, y con ellos la frecuencia del pulso y la temperatura; pero sin que desaparezcan del todo, antes bien persisten y experimentan exacerbaciones marcadas que, al fin y al cabo, postran al paciente y determinan el síndrome característico de la enfermedad. Las formas crónicas primitivas se inician casi siempre de un modo insidioso, y en sus primeros períodos obsérvanse multitud de molestias abdominales, de perturbaciones digestivas y de trastornos generales á los que ni el paciente, ni el médico aciertan á dar toda la importancia que merecen. El concepto al fin se aclara; pero á veces en un período en que la dolencia está ya muy adelantada. Es aquejado el enfermo de malestar abdominal, de verdadero dolor á veces, que se exagera con los actos digestivos, y siempre que experimenta el cuerpo fuertes sacudidas; la presión también lo acentúa, especialmente cuando se comprimen determinadas regiones; pero nunca adquiere la intensidad propia de las formas agudas. En ciertos casos, el síntoma que primero fija la atención del paciente es el aumento de volumen del abdomen, por lo regular poco considerable y siempre asimétrico; en otros, en cambio, el vientre se presenta excavado, como retraído, por el mecanismo antes indicado. Por

la palpacion y la percusion se pueden apreciar datos muy variables, referibles al meteorismo, á la cantidad de los exudados, á la consistencia y grosor de las membranas de nueva formacion, y á los cambios de posicion que éstas hayan impreso á la masa intestinal y demás vísceras abdominales. Sonoridad en unos puntos, oscuridad ó macidez en otros, sensacion de pastosidad ó de dureza en algunos, fluctuacion muy pocas veces, siempre relativa á la cantidad del humor segregado, es lo que se observa al examen manual del vientre, con el que se logra asimismo percibir por la ascultacion un frote ó ruido de roce más ó menos marcado.

En el curso de lo peritonitis crónica son de rigor los trastornos digestivos; por lo general se observan alternativas de constipacion y diarrea, y en algunos casos persiste una tenaz astriccion de vientre, que permite sospechar que alguna brida ó adherencia estrecha el calibre intestinal ó dificulta el curso de los materiales. Son tambien observados, pero no con frecuencia, vómitos de materiales mucosos y de bÍlis alterada, que acrecentan, al producirse, el dolor abdominal.

El estado general, ya resentido desde el principio de la enfermedad, se agrava prontamente; la fiebre se acentúa y se marcan exacerbaciones precedidas de escalofrios y seguidas de sudor copioso nocturno; el enfermo se desnutre y no tardan en sobrevenir graves síntomas de anemia y de marasmo. La ictericia y los edemas de las extremidades inferiores, del escroto y de la pared del vientre, y tambien la ascitis, presuponen la compresion de las vías biliares y de los grandes vasos venosos del abdomen, y son síntomas que vienen á hacer más lastimosa y fatal la situacion del enfermo.

La peritonitis crónica tuberculosa lleva el sello especial de sus propios afectos y se acompaña del síndrome propio de las localizaciones del proceso en otras vísceras de la economía, y, como suele ser frecuente, la de la mucosa intestinal, de ahí que en las tales sea la diarrea uno de los síntomas más cons-

tantes y difíciles de combatir, por más que nada tenga de patognomónico; así es que en el esclarecimiento del verdadero carácter de la dolencia, hay que fiar más en la apreciación del síndrome de conjunto, que en la de los fenómenos referibles al proceso peritoneal.

Diagnóstico. — La anamnesis, el curso lento, el síndrome descrito y la puncion en ciertos casos, bastan para distinguir la peritonitis crónica de la ascitis simple, de la enteritis crónica y de los quistes ováricos; no se olvide empero que la ascitis es á veces una complicacion de la enfermedad que nos ocupa, y que ésta á su vez puede ser determinada por las dos últimamente mencionadas.

Pronóstico. — La peritonitis crónica termina casi siempre por la muerte; el pronóstico, por lo tanto, debe hacerse gravísimo y fatalmente mortal, si se acierta á comprobar la índole tuberculosa del proceso. Los excepcionales casos de curacion que se citan, probablemente de peritonitis crónicas consecutivas á las formas agudas, más bien deben referirse á actos evolutivos naturales que á la eficacia de los medios terapéuticos. El enquistamiento de los exudados líquidos y la abertura de los purulentos por una vía útil, son probablemente los hechos que podrían darnos explicacion de estos casos felices.

Tratamiento. — La importancia del tratamiento general resulta bien palpable en una dolencia que tan rápidas y profundas alteraciones determina en la nutricion, aun en los casos en que no viene íntimamente relacionada con afectos tan graves como el tubérculo y el cáncer, aparte de que muy poco hemos de esperar, y así lo enseña la práctica, de los medios locales que empleemos.

Conviene, por lo tanto, instituir desde los primeros momentos un plan dietético y farmacológico, nutritivo y tónico, que se ajuste á las pésimas condiciones en que las vías digestivas se encuentran; en esta doble intencion, además

de una alimentacion reparadora, recomiéndanse la carne cruda, el aceite de hígado de bacalao, y las preparaciones marciales.

Como medios de accion resolutive de los exudados, que hasta cierto punto cumplen la precedente indicacion, pueden emplearse al interior los preparados de iodo, el ioduro potásico y el ioduro ferroso, únicos, especialmente el último, que en tal concepto merecen alguna confianza. Tópicamente pueden ensayarse los siguientes medios: las aplicaciones de sanguijuelas en corto número en la pared abdominal, sólo útiles para dominar las exacerbaciones flegmáticas intercurrentes; los vejigatorios volantes, las pinturas con tintura de iodo y las aplicaciones de algodón iodado, seguidas de una metódica compresion de todo el abdomen por medio de un vendaje á propósito; los paños mojados de Priessnitz; las cataplasmas calientes constantemente mantenidas, etc.

Algunos recomiendan el baño ruso para lograr la desaparicion de los cuantiosos derrames peritoneales.

Además de estos medios generales y locales, cumple el empleo de cuantos puedan razonablemente combatir los síntomas dominantes que se vayan presentando; así, por ejemplo, contra la elevada pirexia tienen aplicacion la quinina y la antipirina; contra los sudores, la atropina, el agárico ó la agaricina; contra los vómitos, el hielo; contra la diarrea el bismuto y los absorbentes, y aun el ópio prudentemente administrado; contra la constipacion, los laxantes suaves, con exclusion absoluta de los drásticos, etc., etc.

El tratamiento quirúrgico (puncion de las colecciones enquistadas, abertura de las que tienden á abrirse paso al exterior), debe ajustarse á las reglas antisépticas más rigurosas y á las generales que en otras páginas hemos estudiado.

FIN

de un alimento regular, reconociendo la causa
de la falta de leche de la madre, y la proporción
de la leche.

Como medio de acción resolutiva de los cuadros que
sean de otro orden, el psiquiatra debe tener en
cuenta, además de la acción de los psicofármacos, la
acción de la luz, el aire, el agua, el ejercicio físico,
el trabajo, etc. que tienen alguna influencia en
el estado de ánimo. Los síntomas melancólicos, las ideas
de suicidio, en caso de que no se resuelva con
los psicofármacos, se resuelve con la luz, el aire,
el agua, el ejercicio físico, el trabajo, etc. En
casos de melancolía, los síntomas melancólicos
se resuelven con la luz, el aire, el agua, el
ejercicio físico, el trabajo, etc. En casos de
melancolía, los síntomas melancólicos se resuelven
con la luz, el aire, el agua, el ejercicio físico,
el trabajo, etc.

En los casos de melancolía, los síntomas melancólicos
se resuelven con la luz, el aire, el agua, el
ejercicio físico, el trabajo, etc. En los casos de
melancolía, los síntomas melancólicos se resuelven
con la luz, el aire, el agua, el ejercicio físico,
el trabajo, etc. En los casos de melancolía, los
síntomas melancólicos se resuelven con la luz,
el aire, el agua, el ejercicio físico, el trabajo,
etc. En los casos de melancolía, los síntomas
melancólicos se resuelven con la luz, el aire,
el agua, el ejercicio físico, el trabajo, etc.