



Hipercloridria-gastroectasia

Ramón S., de 43 años de edad, casado, natural de Mayals (Provincia de Lérida).

Anamnesis fisiológica.—Tiene temperamento nervioso. Su alimentación es mixta, abundante. Bebe alcohol, en cantidad escasa después de las comidas. Vivía en un piso espacioso y bien ventilado. Su profesión (tonelero) exigía grandes esfuerzos musculares, principalmente de sus extremidades superiores, y le exponía á frecuentes irradiaciones de calórico. Ha sufrido violentas impresiones morales.

Anamnesis terapéutica.—Ha hecho verdaderos abusos de los alcalinos, principalmente del bicarbonato sódico.

Antecedentes hereditarios.—Su padre murió de repente á consecuencia de una fuerte impresión moral; su madre de meningitis. De sus cuatro hermanos, uno murió también de un modo repentino, algunas horas después de haber recibido una impresión moral violenta; el otro murió de enfisema pulmonar, y los dos restantes gozan de buena salud.

Anamnesis morbosa.—En sus antecedentes figuran principalmente enfermedades infecciosas. Un sarampión á los 4 años, vi-

ruela á los 5, infección grippal á los 36, y á partir de aquella fecha, sufrió el enfermo bronquitis repetidas con frecuencia, sobre todo en otoño é invierno.

Enfermedad actual.—Se inició á la edad de 40 años, siendo su primera manifestación una hematemesis. Gozaba el enfermo de completa salud, y de repente, mientras se dedicaba á sus quehaceres habituales, percibió en el epigastrio una sensación dolorosa, como de desgarró, inmediatamente seguida de un vómito de sangre roja, líquida y espumosa al principio, y de color negruzco, mezclada con pequeños coágulos, después. La cantidad de sangre expulsada fué abundante (unos dos litros). Después de la hematemesis, tuvo obnubilación de la vista, zumbidos de oídos, palidez del rostro, caída y pérdida del conocimiento, viéndose obligado á guardar cama durante 26 días. Ulteriormente gozó de salud hasta la edad de 41 años. Entonces perturbáronse las funciones digestivas.

Hipercloridria simple.—El enfermo percibía, al nivel del hueco epigástrico, una ó dos horas después de la ingestión de los alimentos, una sensación de ardor que se prolongaba unos 30 minutos, acompañándose de eructos sumamente ácidos. Únicamente las dosis altas de bicarbonato sódico, administradas durante las comidas, lograban evitar que apareciese dicha sensación. Á todo esto el apetito estaba perfectamente conservado y las funciones intestinales se verificaban con normalidad, evacuando diariamente.

Hipercloridria discontinua ó por accesos.—Las molestias gástricas persistieron hasta la edad de 42 años, desde cuya fecha ofrecieron caracteres completamente distintos, apareciendo en forma de paroxismos dolorosos completamente independientes de las comidas. Empezaban con bastante regularidad á las diez ó las once de la mañana, siendo poco intensos; luego iban exacerbándose de un modo lento y gradual, hasta ofrecer el carácter de fuertes dolores pungitivos que partían del apéndice sifoides, irradiándose hacia la columna vertebral. Únicamente la ingestión de grandes cantidades de agua ó de alimentos, especialmente carnes, lograban moderar el dolor. No siempre, sin embargo, ofrecían estos caracteres; algunas veces la sensación era de ardor y se acompañaba de eructos. Á los 10 meses continuaron los paroxismos anteriormente descritos, pero se acompañaron desde entonces

frecuentemente de vómitos, cuyos caracteres ofrecieron notables variantes durante el curso de la enfermedad. En efecto, al principio eran frecuentes, repetíanse una ó dos veces al día, en cantidad escasa, sin sabor especial, y sobrevenían inmediatamente después de las comidas, conteniendo los materiales que el enfermo acababa de ingerir. Algunos meses más tarde sobrevenían independientemente de las comidas, y entre los materiales expulsados había algunos coágulos de leche. Sólo tres ó cuatro veces fueron los vómitos biliosos, de sabor intensamente amargo y color verdoso. Á los vómitos seguía siempre un breve período de bienestar.

Caracteres de los vómitos en la gastroectasia.—Á la edad de 42 años disminuyó la frecuencia de los vómitos. Sobrevenían únicamente cada dos ó tres días, pero la cantidad de los materiales expulsados era abundante, su olor algunas veces fétido; contenían á menudo materiales más digeridos y tenían un sabor intensamente ácido, dejando una sensación de ardor á su paso por el esófago y faringe. Los vómitos han persistido hasta el momento de ingresar el enfermo en la clínica; pero su frecuencia ha sido sucesivamente menor, mientras por el contrario ha ido aumentando su cantidad. Las funciones intestinales han sufrido diversas alternativas á partir de la fecha en que se iniciaron las alteraciones gástricas. Al principio se verificaron con normalidad; más tarde ha habido generalmente predominio del estreñimiento, alternando sin embargo con algunos breves períodos de diarrea.

Aparte del aparato digestivo, figuran en la historia del enfermo manifestaciones morbosas pertenecientes al aparato respiratorio y urinario, las cuales coincidieron con las primeras. Ha tenido tos á partir de los 42 años. La expectoración ha sido unas veces mucopurulenta y otras hemoptoica. La orina era al principio clara y abundante; más tarde ha disminuído su cantidad.

Estado actual.—Está demacrado; piel pálida, seca, labios y conjuntivas descoloridos, arco senil alrededor de la córnea, ojos hundidos, músculos flácidos y de escaso desarrollo. Las manifestaciones morbosas que predominan en la historia del enfermo se refieren á los aparatos digestivo, respiratorio y urinario principalmente.

Aparato digestivo.—Lengua ancha, húmeda, cubierta en toda

su extensión por una gruesa capa de saburra blanca. Dientes, sobre todo los incisivos inferiores, ligeramente desgastados en su borde libre. Tiene sed, sabor amargo durante las mañanas, en ayunas. Continúan las crisis de dolor gástrico casi constantes, irradiándose desde el apéndice sifoides á las 11 y 12 vértebras dorsales. Persiste durante la vacuidad; calma con los alimentos para reaparecer al poco tiempo después de las comidas. Los vómitos continúan siendo abundantes. Están separados por largos intervalos (tres, cuatro y hasta seis días); su reacción es ácida.

Síntomas objetivos de la gastroectasia, deducidos de la exploración abdominal. Inspección.— El epigastrio está ligeramente abultado. Hay un surco de escasa profundidad, ligeramente cóncavo hacia arriba, transversalmente dirigido y situado á unos dos centímetros por encima del ombligo. Lo restante del abdomen está más bien deprimido. No se observan movimientos peristálticos ni antiperistálticos.

Palpación.— El enfermo se halla en decúbito supino, las piernas flexionadas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis, y además la boca abierta, al objeto de dar á los músculos abdominales el máximo posible de relajación. El epigastrio ofrece alguna resistencia á la palpación; verificada ampliamente, tanto la superficial como la profunda, es indolora, antes bien se calma el dolor. La presión circunscrita por debajo del apéndice sifoides es ligeramente dolorosa. La palpación inmediata, practicada en sentido ascendente, en dirección de una prolongación imaginaria de la línea mamaria izquierda, permite reconocer el límite inferior del estómago por la mayor resistencia que oponen sus paredes á la palpación. Dicho límite empieza por debajo del apéndice sifoides. Si se imprimen sacudidas al tronco, percíbense ruidos de gorgoteo ó de *gluc gluc* bastante intensos.

Percusión.—Practicada en decúbito supino, en sentido longitudinal siguiendo la línea mamaria izquierda, se nota timpanismo hasta unos tres ó cuatro centímetros debajo del ombligo y claridad en lo restante del abdomen. Haciendo ingerir al enfermo medio litro de agua y practicando la percusión en actitud bípeda, se encuentra una zona mate, de poco espesor, situada por debajo del ombligo. Si inmediatamente el enfermo guarda el decúbito supino, dicha zona se hace clara. Si por medio de la sonda gástrica intro-

ducimos en el estómago un litro de agua, estando el enfermo de pie, dicha zona oscura adquiere mayor espesor; si luego, permaneciendo el enfermo en bipedestación, procedemos por medio del sifón gástrico á la substracción del líquido, la zona antes oscura se pone clara. Podríamos todavía ensayar un procedimiento de gran valía para saber la capacidad gástrica, cual esdistender el estómago por medio del ácido carbónico, cosa que lograríamos administrando al enfermo ácido tartárico y bicarbonato sódico; pero se halla algo fatigado por las anteriores maniobras exploratorias, y por lo demás son bastante convincentes los datos adquiridos.

Funciones intestinales.—Examen del hígado y bazo. Hay tendencia al estreñimiento. Las heces fecales son consistentes. El volumen de la glándula hepática está disminuído, lo mismo que el del bazo.

Aparato respiratorio.—Tórax aplanado, de poco diámetro antero-posterior, espacios intercostales anchos y profundos. Se marca bien el relieve de las costillas y del esternón. Hay una ligera depresión en la región infraclavicular izquierda, tomando el semiperímetro de este lado menor participación en los movimientos respiratorios. Las vibraciones están aumentadas y la percusión es submate en dicha región infraclavicular izquierda; claridad en las restantes zonas del plano anterior. A la auscultación se percibe murmullo vesicular áspero, estertores crepitantes y broncofonía en la región infraclavicular izquierda.

Plano posterior.—Aumento de vibraciones vocales, obscuridad y broncofonía en ambas regiones supraespinosas; apagamiento del murmullo vesicular en la derecha, inspiración entrecortada y algunos estertores crepitantes en la izquierda. Tos con expectoración mucopurulenta.

Aparato circulatorio—Hay ligera reducción del área pleximétrica cardíaca, y los tonos cardíacos están apagados. Aumento del segundo ruido en el foco de la pulmonar. Pulso algo duro, poco frecuente (60 á 70 pulsaciones por minuto).

La cantidad de orina está disminuída. Hay integridad de las funciones nerviosas. La temperatura es actualmente normal, pero tiene á veces, sobre todo al anochecer, escalofríos seguidos de fiebre. La energía muscular es escasa. El examen del jugo gástrico,



practicado antes de las comidas, revela la existencia de ácido clorhídrico en exceso.

Diagnóstico.—Nos hallamos frente á un complejo sindrómico, en medio del cual existen, sin embargo, algunos datos suficientemente característicos para llegar al diagnóstico; y estos datos nos los proporciona preferentemente la historia morbosa del enfermo y el examen de los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio y urinario. ¿Qué proceso morboso radica en el aparato digestivo? Si consultamos la historia, encontramos, como síntomas de gran valor, primero la hematemesis, el dolor, con otros vómitos más tarde, y, por fin, los datos tanto subjetivos como objetivos obtenidos por la exploración del estado actual.

La hematemesis abundante que tuvo el enfermo, precedida de sensación de desgarró y seguida de síncope y otras gastrorragias de menor importancia, hacen creer que sufrió un proceso ulcerativo gástrico, el cual más tarde debió cicatrizar, como lo demuestra el hecho de que no repitieran los vómitos de sangre, ni tuviese melenas. ¿Sobrevino como consecuencia de la úlcera del estómago una gastritis? Es probable que sí, pues es difícil creer que el estómago quedara absolutamente sano después de una gastrooagia tan abundante, seguida ulteriormente de otras; sin embargo, sería difícil demostrarlo, pues á partir de la última hematemesis, el funcionalismo gástrico no aparece perturbado hasta la edad de 41 años, es decir, hasta un año después.

Entonces sí que el enfermo acusa un conjunto de sufrimientos gástricos que caracterizan perfectamente la *hipercloridia*; tales son la sensación de ardor acompañada de eructos ácidos, y además el que dicha sensación calmara con la ingestión de bicarbonato sódico. Es, pues, evidente que se inició una hipercloridia; pero este proceso ofrece más tarde de particular el hecho de seguir un curso progresivo, revistiendo sucesivamente las tres formas que de la dispepsia ácida admiten los autores modernos.

En los primeros periodos de su evolución, afecta la llamada *forma intermitente simple ó digestiva*, caracterizada porque el enfermo percibe la sensación de ardor durante la digestión de los alimentos. Más tarde, á la edad de 42 años, es decir, un año después, la hipercloridia aumenta en intensidad, ofreciendo la segunda forma, ó, sea la llamada *hipercloridia discontinua*, ó *en forma de accesos*, caracterizada porque el enfermo ofrecía sensación de dolor que aparecía independientemente de los periodos di-

gestivos. Finalmente, ¿podemos admitir que la hipercloridia haya alcanzado el tercer grado, ó sea la llamada *hipersecreción continua ó enfermedad de Reichman*? Si tenemos en cuenta que el enfermo sufre de un modo constante sensación de dolor ó de ardor, lo mismo durante los períodos de vacuidad que durante los de la digestión, sin que obtenga calma más que á beneficio de los alcalinos, alimentos, vómitos, etc., y si á estos datos añadimos que el análisis del jugo gástrico practicado en ayunas acusa la presencia de ácido clorhídrico en exceso, encontramos una serie de hechos que hacen inclinar el ánimo á suponer que el enfermo ha alcanzado el tercer grado de la hipercloridia, caracterizada por la secreción continua de ácido clorhídrico.

Diagnóstico diferencial. - ¿Podríamos establecer confusiones entre los síntomas anteriormente descritos y una *gastralgia idiopática sintomática*, ó bien con la simple *hiperasidez orgánica*? Ciertamente que no: la *gastralgia idiopática*, tan frecuente para los antiguos, tiende hoy casi á ser borrada de los cuadros nosológicos de patología gástrica, gracias á que los estudios sobre el quimismo gástrico han demostrado que casi siempre las crisis dolorosas del estómago van acompañadas de modificaciones del quimismo, sobre todo cuando los paroxismos son muy intensos y frecuentes, hecho que ocurre en nuestro enfermo y que por consiguiente debe ya considerarse como un dato de probabilidad en contra de una neurosis gástrica *sine materia*. A más de que, en la *gastralgia*, el dolor es difuso, sujeto á grandes irradiaciones, mientras que aquí es más fijo, ofrece focos más determinados; en aquélla ofrece un curso paroxístico, en virtud del cual hay bienestar durante los intervalos de las crisis; en nuestro caso, por el contrario, las sensaciones dolorosas son constantes: en la *gastralgia idiopática* la composición del jugo gástrico no está modificada, mientras aquí el análisis revela exceso de ácido clorhídrico.

¿Podemos admitir la existencia de una *gastralgia deuteropática*? Tampoco, pues faltan los síntomas del proceso causal. En efecto, no podemos referir las crisis dolorosas á un *cáncer del estómago*, desde el momento que no hay hematemesis, melena, dolores difusos, masa tumoral, hipocloridia, etc.; á una *gastritis ulcerativa ó úlcera redonda*, porque faltan las gastrorragias, á más de que en aquélla el dolor se exagera con la ingestión de los alimentos y con la presión, mientras que aquí calma con dichos medios; á una *estenosis pilórica*, porque la astricción de vientre sería más

absoluta, no hubiesen habido vómitos biliosos, pues la impermeabilidad del orificio pilórico sería muy considerable; además en la estenosis se percibirían ondulaciones peristálticas y antiperistálticas por debajo de las paredes epigástricas, habría mayor disminución de orina, etc.; tampoco podemos admitir que se trate de una gastralgia *sintomática de un proceso nervioso*, sea cual fuere, afección orgánica cerebral (tumor, hemorragia, etc.), neurosis (neurastenia, histerismo, etc.), una enfermedad medular (tabes, mielitis crónicas, esclerosis en placas, etc.), ya que el enfermo no presenta síntoma alguno neuropático; y no citamos otros procesos porque, para referir las crisis dolorosas á una entidad morbosa determinada, sería preciso demostrar la existencia de la misma.

¿Podríamos confundir la hipercloridía con la hiperacidez orgánica? Tampoco: los ácidos orgánicos butírico, láctico, acético, etc., son productos de fermentaciones (putrefacción de los albuminóideos, fermentaciones de los hidrocarbonados), y estas fermentaciones sólo pueden sobrevenir como consecuencia de la retención de materiales alimenticios en el estómago. Ahora bien: las crisis de dolor se establecen en este enfermo al poco tiempo del lavado gástrico, cuando por tanto debemos suponer que no hay ya alimentos retenidos en el estómago; y además el examen del jugo gástrico antes de las comidas, descubre la presencia de un exceso de ácido clorhídrico. Es claro que, algún tiempo después de estar los alimentos retenidos en el estómago, puede, al ácido clorhídrico existente en el mismo, añadirse los ácidos productos de las fermentaciones orgánicas; pero esto no impide que concedamos siempre al ácido clorhídrico el papel predominante en la génesis de los sufrimientos experimentados por el enfermo. Existe además una *gastroectasia*; lo demuestran los caracteres de los vómitos, cantidad abundante, intervalos largos (tres, cuatro y seis días), el contener materiales incompletamente digeridos, y por fin los síntomas físicos obtenidos por la exploración del abdomen: abultamiento del epigastrio, resistencia de sus paredes á la palpación, zona oscura á la percusión situada debajo del ombligo y obtenida á beneficio de la ingestión ó bien de la introducción, por medio de la sonda gástrica, de una cantidad de líquido en el estómago, estando el enfermo en actitud bípeda, y desaparición de dicha zona oscura, ó bien haciendo guardar al enfermo el decúbito supino, como también conservando la misma posición de pie, si extraemos el agua del estómago á beneficio de la bomba gástrica. Esta serie de datos no permiten poner en duda el diagnóstico de gastroectasia.

Hay además *tuberculosis pulmonar doble en segundo periodo*, demostrada por los síntomas obtenidos á beneficio de la exploración del aparato respiratorio (aumento de las vibraciones vocales, matidez, respiración entrecortada, estertores crepitantes, broncofonía, tos, expectoración mucopurulenta, sudores nocturnos, etc.).

Por fin, el hecho de que ofrezcan una dureza relativa las arterias temporales, lo mismo que la radial, y además el que haya reducción del área pleximétrica cardíaca, hepática, esplénica y poliuria, hace sospechar que, simultáneamente con los procesos anteriormente descritos, evoluciona aquí la *arterioesclerosis*.

Etiología. Difícil nos sería explicarnos satisfactoriamente la producción de la úlcera del estómago. No encontramos en nuestro enfermo ninguno de los elementos que acostumbra á figurar en la génesis de dicho proceso, ni siquiera existe aquí la acostumbrada dispepsia que suele preceder á la úlcera redonda, cual si modificara la mucosa gástrica preparándola para la ulceración. El vómito de sangre sobrevino en medio de la más perfecta salud; la etiología debe ser, pues, oscura; pero si estudiamos atentamente la historia del enfermo, deberemos conceder seguramente una gran influencia á su profesión. La úlcera de Roquitanski es frecuente en todos aquellos individuos que están expuestos á la acción de grandes irradiaciones de calórico, y los toneleros, en virtud de su profesión, vense con gran frecuencia expuestos á la acción de potentes focos de calor.

¿Cuál es la génesis de la hipercloridia? No podemos atribuirle un origen neuropático desde el momento que el enfermo no presenta síntoma alguno de proceso nervioso; tampoco podemos considerarla debida á la tuberculosis, ya que este proceso fué muy posterior á la iniciación de la dispepsia ácida. Mejor cabe pensar que la hipercloridia tiene un origen directo, es decir, gástrico: es cierto que, habiendo cesado las hematemesis, pasó mucho tiempo sin que el enfermo acusara perturbación alguna digestiva; pero, á pesar de todo, debemos suponer que la mucosa gástrica quedó, después de la ulceración, patológicamente modificada, es decir que se estableció una gastritis crónica y ésta fué la que más tarde originó la dispepsia ácida.

Fisiología patológica.— Ahora bien: ya iniciada la hipercloridia, bastará tener en cuenta que esta enfermedad ofrece casi siempre un curso progresivo, y, además, que aquí admitimos la

coincidencia de una gastritis, para explicarnos fácilmente las evoluciones ulteriores de la gastropatía.

Durante la primera etapa del mal, el dolor es moderado, poco duradero y aparece después de las comidas; es que la digestión se acompaña de un exceso de secreción de ácido clorhídrico, el cual de momento no puede combinarse con los productos alimenticios é irrita la mucosa gástrica; pero por fin la combinación se establece y entonces cesa el dolor. Si los alcalinos calman también el dolor, es en cumplimiento de la ley química en cuya virtud los álcalis saturan las bases.

Más tarde la hipercloridia alcanza el segundo grado; hay secreción de ácido clorhídrico durante la vacuidad, y por esto las crisis dolorosas no guardan relación alguna con las comidas; además su intensidad es mayor, porque el ácido, no encontrando productos alimenticios con que combinarse, ataca la mucosa gástrica, irritando las terminaciones de los nervios sensitivos que por la misma se distribuyen: hé ahí la causa de los vivísimos sufrimientos que el enfermo acusa desde aquella época. Ahora bien: si estos sufrimientos disminuyen á beneficio de grandes cantidades de agua y disminuyen también ó calman con la ingestión de carnes, mientras persisten y aun se avivan después de la ingestión de feculentos y verduras, es porque las cantidades grandes de agua diluyen el jugo gástrico, haciéndole menos irritante; los albuminóideos saturan, en todo ó en parte, el ácido clorhídrico, y, por el contrario, las sustancias hidrocarbonadas son poco ó nada atacadas por el ácido clorhídrico, por lo cual son retenidas como cuerpos extraños en el estómago y favorecen la secreción de dicho ácido. Por fin, si las crisis dolorosas tienen desde aquella fecha una larga duración, es porque el jugo gástrico hiperácido, no sólo irrita la mucosa del estómago, sino también al píloro, el cual contesta espasmodizándose y cerrándose; en virtud de lo cual los materiales alimenticios quedan entonces retenidos en el estómago, excitando su presencia nueva secreción de ácido clorhídrico, la cual motiva la continuación del dolor.

Mecanismo de los vómitos.—En esta situación, compréndese perfectamente que entren en escena los vómitos y sean al principio de carácter alimenticio. En efecto, el estómago se halla en un estado de verdadero eretismo, gracias al contacto no sólo del ácido clorhídrico segregado, sino también de los ácidos orgánicos formados á consecuencia de las fermentaciones de las sustancias

que están retenidas en dicha viscera por no poder atravesar el orificio pilórico. En estas circunstancias, si se introducen nuevos alimentos en el estómago, como éstos no podrán saturar los ácidos existentes, obrarán también como cuerpos extraños, como verdaderos excitantes que determinarán más secreción de jugo gástrico, aumentando con ello más y más la irritación de la mucosa gástrica. Entonces el estómago se contrae enérgicamente para expulsar el contenido que le irrita; y, como el píloro está cerrado, los materiales retenidos en la viscera gástrica han de salir por la única vía permeable que les queda, la esofágica: hé ahí por qué sobrevienen entonces los vómitos alimenticios. También se comprende que éstos calmen los sufrimientos del enfermo, desde el momento que expulsan los ácidos causantes de los mismos.

¿Cómo se determinó la gastroectasia? En los primeros períodos, el estómago tenía bastante energía contráctil, lo que le permitía contraerse frecuentemente para expulsar su contenido: por esto entonces los vómitos eran frecuentes; pero más tarde, debiendo por una parte vencer el obstáculo pilórico, y por otra sobrecargado de alimentos y además debilitada su energía contráctil por la coexistencia de la gastritis, no puede sostener su trabajo, sino que le es preciso ceder y dilatarse; sobreviniendo entonces la gastroectasia. Hemos ya dicho que era inadmisibile la existencia de una estenosis pilórica, por cuyo motivo no podemos atribuir la dilatación del estómago á la implantación y cicatrización consecutiva de una úlcera redonda en el píloro. ¿Por qué disminuyó la frecuencia de los vómitos y algunos de ellos fueron biliosos? Gracias á la ectasia gástrica, la retención de materiales alimenticios en el estómago fué más considerable por una parte, mientras que por otra disminuyó la potencia contráctil de dicha viscera; en consecuencia, mientras la cantidad de las materias vomitadas debe aumentar, por el contrario la frecuencia de los vómitos debe ser menor. En un período más adelantado sobrevienen los vómitos biliosos: es que la ectasia gástrica ha aumentado y, en virtud de esto, el nivel del límite inferior del estómago ha descendido considerablemente más que el correspondiente al del duodeno: de aquí el que en un momento determinado la bilis ha podido franquear el orificio pilórico derramándose en el estómago para ser luego expulsada con los demás materiales en el acto del vómito. En el último período los vómitos son muy raros y muy abundantes: raros por la disminución considerable de la energía contráctil gástrica; abundantes porque la capacidad del estómago es grande,

lo cual hace posible una enorme retención de materiales alimenticios.

El estreñimiento se explica por la escasa cantidad de materiales alimenticios que pasaban al duodeno. Los períodos de diarrea pueden ser debidos al paso de un quimo-hiperácido desde el estómago al duodeno; quimo que, no pudiendo ser neutralizado por las secreciones alcalinas del hígado y páncreas, irrita la mucosa intestinal, dando lugar á enteritis seguidas de diarrea. La sed se explica por la falta de absorción de líquidos en el tubo digestivo.

La poliuria que tuvo hace algún tiempo puede ser debida á la esclerosis renal, y la disminución de la cantidad de orina actual á los progresos de la nefritis intersticial y quizá mejor á la escasa absorción de líquidos. La reducción del volumen del corazón, hígado y bazo debemos atribuirla á la influencia de la arterio esclerosis, la cual, estrechando el calibre de los vasos arteriales, origina la pobreza circulatoria de dichos órganos.

La tuberculosis puede ser debida al contagio directo por la superficie de la antigua úlcera del estómago mediante los alimentos: sin embargo, quizá mejor hayan contribuido otras causas en su determinación. Un individuo cuya profesión le obliga á verificar constantemente movimientos alternativos de las extremidades superiores é inferiores, lo cual impide que pueda verificarse de un modo completamente regular la circulación sanguínea en el interior de los pulmones; un individuo que, por otra parte, más tarde no puede nutrirse, pues gracias á la gastropatía si algo absorbe en su tubo digestivo, viene únicamente constituido por productos tóxicos, obra de las fermentaciones gastrointestinales y productos tóxicos, que ni el hígado puede destruir ni el riñon eliminar, por hallarse atacados por la arterio esclerosis; compréndese bien que no puede poner en actividad las defensas orgánicas contra los ataques del bacillus de Koch, y, por tanto, que sucumbirá fácilmente á la infección bacilar.

Por fin, la demacración del enfermo se explica perfectamente. Un individuo que no se nutre, en quien la asimilación está considerablemente disminuída, mientras que el desgaste es muy grande, debe caminar fatalmente hacia el enflaquecimiento y la quiebra orgánica.

Pronóstico.—Gravísimo.

Tratamiento.—No nos encontramos frente á una entidad mor-

bosa definida, sino ante varios procesos. Las indicaciones, pues, que deben cumplirse, deben ser también múltiples; motivo por el cual, al sentar las bases del tratamiento, debemos establecer una verdadera ordenación, cumpliendo en primer término las indicaciones más urgentes, y en segundo, las que sean de menor trascendencia. En este orden de ideas ciertamente que, en el presente caso, es la gastropatía la que reclamaba nuestra mayor atención. Es preciso combatir la hipercloridia y la gastroectasia: ¿de qué medios disponemos?

Tratamiento de la hipercloridia.— Debemos cumplir dos indicaciones: impedir, ó al menos disminuir, la producción de ácidos y neutralizar los ya existentes en exceso. En tercer término, tratamiento sintomático. Para lo primero debemos suprimir todas las causas de excitación secretoria, sean directas ó indirectas. Ahora bien: esta indicación la cumpliremos preferentemente por medio del régimen dietético, alimenticio é higiénico.

Régimen alimenticio.— ¿Qué alimentos podemos permitir al enfermo? Dado el estado grave en que se halla, es preciso administrarle alimentos que; á la par que muy nutritivos, sean de digestión fácil y rápida, para que permanezcan poco tiempo en el estómago y exciten lo menos posible la secreción del jugo gástrico: esta es la única manera de conceder al estómago el reposo que necesita. Ahora bien: sabemos que, por una parte la leche es el alimento más nutritivo, mientras que, por otra, los trabajos modernos de fisiología tienden á demostrar que, en los dispépsicos, el alimento cuya digestión se acompaña de menor excitación secretoria gástrica es la leche. Por estas razones someteremos al enfermo á la dieta láctea.

Si por este medio, y demás que citaremos oportunamente, logramos que mejore la gastropatía, le permitiremos sucesivamente añadir á la leche, primero los feculentos en forma de puré, más tarde la somatosa, los polvos de carne, los huevos, etc.; y, por fin, prescribiremos un régimen alimenticio en el que predominen las substancias nitrogenadas. Los hiperclorídicos digieren bien la carne porque su jugo gástrico, rico en ácido clorhídrico y pepsina se combina fácilmente con los albuminóideos; en cambio digieren mal los hidrocarbonados, pues que los amiláceos son escasamente atacados por el jugo gástrico, permanecen largo tiempo en el estómago y dan lugar á fermentaciones ácidas. Las legumbres verdes son tam-

bién retenidas sin digerir en el estómago, dando lugar á excitación secretoria. Las grasas son mal digeridas; los condimentos, lo mismo que el alcohol, deben ser proscritos, porque son poderosos estimulantes de la secreción.

Higiene de los hiperclorídicos.—Debe tener por objeto reducir al *minimum* los estímulos de diverso orden que puedan reflejarse sobre el estómago. Así, las fatigas, las emociones, el trabajo excesivo y el uso del tabaco, pueden obrar como causas indirectas de excitación del jugo gástrico y por tanto deben ser evitadas; es preciso además tener á la piel en buen estado higiénico.

Tratamiento farmacológico.—Primera indicación: combatir la hipersecreción. ¿Tenemos medicamentos capaces de impedir la secreción de ácido clorhídrico? Se han recomendado varios: la atropina, la dubuosina, el azul de metileno, la ergotina á pequeñas dosis, el veratrum viride y la veratrina, la coca de Levante y su alcaloide, la picrotoxina, la solanina, *cannabis indica*, los narcóticos estupefacientes, principalmente la morfina; los moderadores reflejos, como los bromuros; el sulfato sódico á la dosis de tres ó cuatro gramos diarios en ayunas; pero ninguno de grandes resultados en los casos avanzados de hipercloridia.

Segunda indicación.—Neutralizar los ácidos formados en exceso. Debemos recurrir para ello á la medicación alcalina. El bicarbonato de sosa es el medicamento más usado, pero es preciso tener en cuenta su dosificación. Á pequeñas dosis, lejos de saturar, excita la secreción gástrica. Á grandes dosis se combina en parte con los ácidos existentes, mientras el exceso produce nueva excitación de jugo gástrico; añádase que las altas dosis de bicarbonato pueden determinar no sólo timpanismo por el desprendimiento de ácido carbónico á que dan lugar, sino también frecuentemente trastornos renales y vesicales, y se comprenderá cuanta prudencia exige su dosificación.

Dosificación del bicarbonato sódico.—Debemos, pues, administrar una dosis media: ¿cuál es ésta? La que esté dotada de acción química suficiente para neutralizar la cantidad de ácido segregado por la mucosa gástrica. ¿Cómo podemos calcularla? Por medio del análisis del jugo gástrico. Pero si nos amoldamos de un modo absoluto á esta manera de proceder, nos llevará seguramente á admi-

nistrar las exageradas dosis de bicarbonato recomendadas por algunos autores modernos y cuyos inconvenientes hemos citado ya. Así nosotros preferimos tener en cuenta los resultados obtenidos en la clínica que los del laboratorio; es decir, el reactivo clínico antes que el reactivo químico, si se nos permite la frase. El dolor es efecto del contacto del ácido clorhídrico sobre la mucosa gástrica: por consiguiente, siempre que un enfermo haya ingerido una dosis determinada de bicarbonato sódico y deje de sufrir, habrá tomado la cantidad suficiente para neutralizar su jugo gástrico. Hé ahí el método que debemos adoptar.

Otros alcalinos. - Recomiéndase también los preparados de magnesia, que tienen sobre el anterior la ventaja de permitir dosis más pequeñas y de transformarse en el estómago en cloruro de magnesia, excitante de la contractilidad gástrica é intestinal, y de oponerse por tanto al estreñimiento. Los más usados son el óxido y el carbonato, principalmente el primero. También se recomiendan los preparados de cal, creta preparada, fosfato básico de cal, como también el fosfato amónico magnesiano, los polvos inertes, solos ó asociados al bicarbonato, y entre ellos el subnitrito de bismuto, que es recomendado al objeto de preservar la mucosa gástrica del contacto irritante de los ácidos. El bromuro de estroncio y de calcio han sido también introducidos modernamente en el tratamiento de la hipercloridia.

¿Cuándo y cómo deben administrarse?—Durante la digestión y fraccionados en varias dosis, porque la secreción del ácido no se verifica en un solo momento, sino de un modo continuado. En nuestro caso, como suponemos que hay hipersecreción continua, no bastará administrarlo solamente durante la digestión, sino que deberemos prescribirlo también durante los intervalos de las mismas.

Tratamiento de la gastroectasia. - Para combatirla es preciso reducir la sobrecarga alimenticia, dando una alimentación de gran riqueza nutritiva y de digestión fácil, para lo cual nada mejor que el régimen anteriormente descrito. Si á pesar de todo quedan materiales alimenticios retenidos en el estómago y sufren fermentaciones, debemos combatirlas empleando al efecto dos medios: la antisepsis gástrica y el lavado del estómago.

Inconvenientes de los antisépticos gástricos.— Ofrecen estos medicamentos graves desventajas, ya que la mayoría de ellos tales como el betol, naftol, salol, benzonaftol, salicilato de bismuto, etcétera, son irritantes del estómago y provocan por consiguiente, ó favorecen, la excitación secretoria y por tanto el dolor.

Lavado gástrico.— Es preferible el lavado del estómago con el cual no sólo se obtiene la evacuación de los materiales retenidos que entran en fermentación, sino también de los ácidos existentes en la víscera gástrica.

Además es preciso oponerse á la atonía gástrica, al objeto de evitar la dilatación progresiva y al mismo tiempo favorecer el paso al duodeno de las substancias contenidas en el estómago. Tenemos, para cumplir esta indicación, varios medicamentos: nuez vómica, estriocina, brucina, ipecacuana, etc; pero todos ellos ofrecen el inconveniente de acompañarse de excitación secretoria y favorecer la gastritis. El masaje y la electricidad constituyen excelentes recursos para favorecer la contractilidad de las tunicas musculares gástricas; pero debemos practicar sus maniobras, sobre todo por lo que se refiere al masaje, con mucha prudencia, ya que el enfermo es un arterio-esclerósico y podríamos determinar fácilmente la rotura de algún vaso

Tratamiento sintomático.— Los principales síntomas son: el estreñimiento y el dolor. Para el primero emplearemos de preferencia los purgantes salinos, administrándolos por la mañana en ayunas.

Tratamiento del dolor.— Desde el momento que es producido por el contacto del ácido clorhídrico sobre la mucosa gástrica, los alcalinos están indicados para combatirle; pero si aquéllos no bastaran debemos acudir á medicamentos de efectos más seguros, y entre ellos á los narcóticos estupefacientes y periféricos. El opio y sus alcaloides son los más eficaces; pero, como aquí predomina el estreñimiento, son preferibles los narcóticos periféricos, belladona, beleño, etc., y, en caso de ineficacia, acudir á los estupefacientes. Son también buenos medicamentos la cocaína y el agua cloroformada, el *cannabis indica*, la solanina, el éter, el mentol, la anti-pirina y los bromuros.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar.— Gracias al mal

estado de las vías digestivas, ninguno de los grandes medios recomendados en la terapéutica de la tuberculosis, pueden ser empleados en este momento. En efecto, estos medios vienen representados por la sobrealimentación, la aeroterapia y la antisepsis pulmonar. La sobrealimentación, á base principalmente de grasas y carnes, constituye un recurso precioso de la terapéutica antituberculosa, y está tanto más indicado en este enfermo cuanto que la tuberculosis se acompaña de profundo enflaquecimiento; pero no podemos ponerla en práctica porque las grasas no serían digeridas, ni tampoco las grandes cantidades de carne serían toleradas por el estómago.

Los antisépticos pulmonares, creosota, creosotal, guayacol, yodoformo, ácido fénico, ácido tímico, etc., tan recomendados en la tuberculosis para combatir el elemento causal, están contraindicados en este caso, cualquiera que sea la vía por la que se administren. En efecto, administrados por la vía gástrica, la creosota y sus sucedáneos favorecerían la hipercloridia y la gastritis; si empleamos la vía hipodérmica, las repetidas inyecciones de creosota, guayacol, etc., provocarían fácilmente escaras, dada la escasa vitalidad que ofrecen los tejidos en este enfermo; si elegimos la vía cutánea en forma de fricciones, la absorción será casi nula y las molestias irrogadas al enfermo muy grandes; si escogemos la vía rectal, los enemas repetidos á base de antisépticos determinarán bien pronto rectitis, que nos obligará á suspenderlos; si por fin acudimos á la vía respiratoria en forma de inhalaciones, no podremos tampoco atacar al bacillus de Koch, alojado como se halla en las profundidades del parénquima pulmonar. Mejor será que en lugar de vapores medicamentosos respire el enfermo un aire puro, cargado de oxígeno: la aeroterapia, en efecto, es el único procedimiento que podríamos ensayar, pero son tantas las medidas de prudencia que nos exigiría, que casi se hace imposible ponerlo en práctica, al menos en la clínica. Ahora bien; si la gastropatía mejorase, sería entonces cuando podríamos poner en práctica, tanto la sobrealimentación como el empleo de los antisépticos pulmonares y la aeroterapia.

Tratamiento de la arterio-esclerosis.— Los vasodilatadores (trinitrina, nitrito de amilo, yoduros, etc.), están indicados en esta enfermedad, al objeto de dilatar las arterias y favorecer de este modo la circulación sanguínea, disminuyendo el trabajo cardíaco. Pero sobre todo los yoduros son los agentes más empleados en el

tratamiento de la arterio-esclerosis, pues no sólo obran como vasodilatadores, sino que también pueden desarrollar una acción resolutive sobre la degeneración esclerótica de los vasos. Desgraciadamente ninguno de ellos puede emplearse en este caso, por la intolerancia absoluta que, gracias al estado de la gastropatía, sobrevendría.

Prescribióse una fórmula alcalina. Reposo en cama y dieta láctea.

Bicarbonato sódico	6 gramos
Oxido de magnesia	} 3
Sacaruro de hinojo	

D. en pap. núm. 8.

Observaciones clínicas.—*12 de Enero.*—Ha disminuído la intensidad de las crisis dolorosas. No han repetido los vómitos. Tiene eructos de sabor fétido. El epigastrio está ligeramente distendido. Sigue el estreñimiento. Parece, pues, que en este momento hay predominio de las fermentaciones gástricas. Adminístrese, pues, un purgante salino y ensayaremos los antisépticos gástricos, dotados de escasa acción irritante, suspendiéndolos si, á pesar de todo, aumentara la hipercloridria.

Agua de Carabaña	200 gramos
----------------------------	------------

Una ó dos jícaras por la mañana en ayunas.

Aparte.

Carbón naftolado	3 gramos
Lupulino	0.40 gramo
Sacaruro de menta	6 gramos

Uno en cada toma de leche.

D. en 8 pap.

14 de Enero.—Se han exacerbado nuevamente las crisis dolorosas. El enfermo sufre constantemente. Sólo obtiene un alivio transitorio con la ingestión de la leche. Sigue la lengua saburral en el centro y limpia en los bordes y punta. No hay eructos fétidos, pero sí mal sabor y saliveo. El abultamiento epigástrico es menor. No ha evacuado. Insistiremos en el uso de los alcalinos y en los purgantes salinos, administrando el agua de Rubinat en

ayunas. En lugar de los antisépticos gástricos, practicaremos el lavado de dicha viscera.

Bicarbonato sódico	6 gramos
Magnesia calcinada	2 »
Sacaruro de anís	3 »

D. en pap. núm. 8.

Aparte.

Agua de Rubinat	200 gramos
---------------------------	------------

Una ó dos jícaras por la mañana en ayunas.

Practíquese el lavado gástrico con agua de la Esperanza, tibia.

16 de Enero.—El enfermo se ve libre del dolor únicamente durante las dos horas que subsiguen á la práctica del lavado gástrico. Durante el resto del día percibe al nivel del hueco epigástrico sensación de peso, que alterna con crisis dolorosas. Pero la violencia de las crisis es actualmente menor. La lengua sigue saburral hacia la base y limpia en el tercio anterior, punta y bordes. La administración del agua de Rubinat ha sido seguida, al poco tiempo, de una evacuación constituida por heces de consistencia semi-líquida en cantidad escasa. Continúa el lavado gástrico.

17 de Enero.—Ha tenido un vómito de sabor amargo, constituido por materiales líquidos de coloración verdosa. Sufre constantemente sensación de dolor, que desde el apéndice sifoides irradia generalmente hacia la segunda vértebra lumbar, pero raras veces hacia los hipocondrios. La leche calma momentáneamente el dolor, pero si los intervalos de las tomas son muy prolongados, ofrece un carácter lancinante. El análisis del contenido gástrico acusa un exceso de ácido clorhídrico. ¿Nos autoriza el carácter de las sensaciones dolorosas á suponer que ha recidivado la antigua úlcera del estómago? No, pues falta el síntoma más importante que es la hematemesis ó la melena. Además de que la hiperclorhidria está evidentemente demostrada por el examen del jugo gástrico.

Terapéutica.—Hay un síntoma que llama preferentemente la atención, y es el dolor. Los alcalinos y el régimen establecido no han bastado para combatirlo: asociaremos, pues, á los mismos un sedante poderoso de las gastralgias, como la cocaína.

Bic. sódico	8 gramos
Clorhidrat. cocaína.	0'05 gramo
Sac. anís.	4 gramos

D. en pap. núm. 8.

Uno cada tres horas.

Insistiremos, además, en el lavado gástrico, empleando como vehículo una agua minero-medicinal alcalina.

20 de *Enero*.—No han repetido los vómitos, seguramente por haber sido mejor tolerada la dieta láctea que la alimentación mixta á la cual estaba antes sometido el enfermo. También debemos atribuirlo á la modificación favorable de la gastropatía obtenida á beneficio del lavado gástrico y de los alcalinos. Sin embargo, persisten las crisis dolorosas, repetidas de un modo irregular, de unas seis horas de duración, impidiendo el sueño.

Los papeles anteriormente prescritos sólo proporcionan un alivio transitorio. Tiene estreñimiento. Asociaremos á la fórmula anterior el beleño, para que obre como coadyuvante de la cocaína y al mismo tiempo para mover el vientre.

Bicarbonato sódico.	8 gramos
Clorhidrato cocaína.	0'05 gramo
Polvos de beleño.	0'10 »
Sacaruro de anís.	4 gramoe

D. en 8 pap.

23 de *Enero*.—Ha disminuído la intensidad del dolor. Continúa la misma fórmula.

25 de *Enero*.—El dolor es casi constante, pero mucho más remiso, lo cual le permite conciliar el sueño durante la noche. El lavado gástrico suspende completamente el dolor, pero reaparece al poco tiempo con mayor intensidad.

27 de *Enero*.—Siguen las exacerbaciones del dolor después de la práctica del lavado gástrico. ¿Podríamos, pues, hacer responsable al mismo de este fenómeno? Parece que sí. El lavado suspende de momento el dolor, porque subtrae el ácido clorhídrico del estómago, pero según las teorías modernas, favorece bien pronto nuevas secreciones de ácido, motivo por el cual se exagera entonces el dolor. Suspendaremos, pues, de momento el lavado, concediendo con ello un período de reposo al estómago. Ahora bien: ¿qué plan debemos actualmente establecer? Insistir en el reposo y dieta láctea, pero administrando la leche á dosis prudenciales

(unos 2,500 gramos diarios), para que sea fácil su digestión. La asociación de los alcalinos con la cocaína y narcóticos periféricos no ha bastado para vencer el síntoma de mayor trascendencia, el dolor. Acudiremos, pues, en vista de su ineficacia, á los narcóticos estupefacientes, al opio, empleando primero la sustancia madre, y, si ésta fracasa, sus alcaloides. Las gotas negras inglesas constituyen una buena forma farmacológica. Administraremos, pues, dichas gotas antes de los alimentos, y después de los mismos los alcalinos. Además, teniendo en cuenta que el opio favorece el estreñimiento, prescribiremos los purgantes salinos en ayunas para contrarrestar los efectos más ó menos paralizantes de la contractilidad intestinal que posee aquel agente.

Gotas negras inglesas	}	2 gramos
Tintura de badiana		

Cuatro gotas antes de los alimentos.

(Una gota equivale á dos de láudano de Rousseau y cuatro de Sydenham).

Aparte.

Bicarbonato sódico	}	6 gramos
Azúcar		

D. en 6 pap.

Uno después de los alimentos.

Aparte.

Agua de Rubinat	Una botella
---------------------------	-------------

Una jicara ó dos por la mañana en ayunas.

28 de *Enero*. — Ha disminuído la intensidad del dolor. He evacuado. Tiene tos, de dos á tres sacudidas expectoración densa, adherente y mocopurulenta. Ligera disnea (26 respiraciones por minuto) Continúan las fórmulas anteriores.

30 de *Enero*. — El dolor es sordo, ligero, gozando el enfermo de algunos períodos de completo bienestar. Están ya, pues, más regularizadas las vías digestivas, por cuyo motivo, sin abandonar el tratamiento de la gastropatía, podríamos combatir la tuberculosis empleando al efecto los antisépticos pulmonares que sean menos irritantes del tubo digestivo.

Carbonato de creosota	} 0.10 gramo
Yodoformo	
Extracto fluido de eucaliptus	0.50 gramo

D. en pild. núm. 6.

Continúan las fórmulas anteriormente prescritas.

2 de Febrero.—El dolor gástrico es remiso, pero casi constante. Los accesos de tos son intensos, de varias sacudidas, acompañados de dolor pungitivo en el pecho. Es preciso moderar la tos, pues ésta determinaría la rotura de algún vaso y hemoptisis, y toda pérdida de sangre constituye un gran peligro para el enfermo, pues agotaría más y más sus energías, ya exageradamente quebrantadas. Prescribióse la codeína.

Agua de lechuga	1.50 gramo
» laurel cerezo	4 gramos
Codeína	0.05 gramo
Benzoato sódico	2 gramos
Jarabe de altea	30 »

H. s. a. poción.

4 de Febrero.—Ha disminuido la intensidad de la tos. El pulso es débil. Suspendióse el agua de laurel cerezo para evitar su acción deprimente.

Cocimiento felandrio	200 gramos
Codeína	0.10 gramo
Benzoato sódico	2 gramos
Jarabe de médula de vaca	30 »

H. s. a. poción.

6 de Febrero.—Las crisis dolorosas gástricas sufren de cuando en cuando violentas exacerbaciones, pero sin regularidad alguna. El agua de Rubinat (una jicara) exagera el dolor gástrico, pero provoca diariamente una evacuación á las tres ó cuatro horas de ingerida.

Ha disminuido la frecuencia é intensidad de la tos durante el día, pero se exagera durante la noche, tomando la forma de tos quintosa, que dificulta el sueño y se acompaña de esputos hemoptoicos. Los antisépticos pulmonares están en la actualidad contraindicados, porque favorecen la tendencia hemoptoica: es preferible insistir en el empleo de los narcóticos estupefacientes para moderar los accesos de tos y evitar las congestiones pulmonares que

aquéllos frecuentemente determinan cuando son intensos. Además administraremos los medicamentos vasoconstrictores para oponernos á las hemoptisis. El estado de las vías digestivas contraindica el empleo de astringentes á base de preparados irritantes, tales como el ácido sulfúrico que entra á formar parte del agua de Rabel. Preferiremos administrar la ergotina á pequeñas dosis, puesto que la hemoptisis es escasa.

Agua	100 gramos
Ergotina	1 gramo
Jarabe de azahar.	30 gramos

H. s. a. poción.

8 de Febrero. - No han repetido los esputos hemoptoicos, pero siguen las fuertes crisis de tos quintosa durante la noche. Los dolores son de carácter lancinante y se irradian á la columna vertebral.

Los alcalinos, los narcóticos periféricos y hasta los estupefacientes han sido sucesivamente empleados: nos queda todavía, sin embargo, el agente más poderoso, la morfina. Hemos tenido buen cuidado de evitar su empleo hasta la actualidad, temerosos de que, encontrando el enfermo en ella alivio para sus sufrimientos, se volviera morfinómano; pero, dada la intensidad de su gastralgia y de las crisis de tos, prescribiremos, en vista del fracaso de los anteriores medicamentos, el clorhidrato de morfina, empezando por dosis pequeñas para ir las aumentando sucesivamente si fuere preciso.

Agua	180 gramos
Hidrolado de laurel cerezo.	3 »
Cloruro mórfico	0'05 »
Jarabe de tusílago	30 »

H. s. a. poción.

10 de Febrero. - La gastralgia cede transitoriamente al empleo de la poción anterior; pero al poco tiempo reaparece el dolor, aunque ofreciendo menor intensidad. También las crisis nocturnas de tos han disminuído en intensidad. Sigue la fórmula anterior.

14 de Febrero. - Experimenta frecuentemente sensación de ardor que alterna con crisis dolorosas seguidas de vómitos ácidos. Estreñimiento. Tos poco intensa; esputo mocopurulento. Percíbense estertores crepitantes en la región infraclavicular izquierda.

Suspenderemos la morfina para evitar el abuso de dicho fármaco. Prescribiremos nuevamente la codeína, asociada á los alcalinos.

Bicarbonato sódico..	8 gramos
Codeína..	0'10 »
Sacaruro de anís.	4 »

D. en 8 pap.

Aparte.

Dos jícaras de agua de Rubinat en ayunas.

15 de Febrero.—Hemos concedido un largo período de descanso al estómago. Practicaremos nuevamente el lavado gástrico, pues nos conviene en gran manera evitar el acúmulo de materiales alimenticios en dicho órgano: por una parte, porque la sobrecarga alimenticia en el estómago favorece la dilatación; por otra porque sobrevienen fermentaciones y éstas son causa de absorción de productos tóxicos, los cuales no puede el organismo de este enfermo destruir, ni eliminar, ni menos sufrir los efectos de las autointoxicaciones por el estado de depauperación en que se halla. Practicóse el lavado del estómago con agua de la Esperanza tibia en ayunas.

20 de Febrero.—El lavado gástrico va seguido, á las dos horas de practicado, de exacerbación de la gastralgia. Siga la fórmula anterior.

23 de Febrero.—Han reaparecido las crisis de gastralgia. El enfermo compara la sensación dolorosa á una espada que le atravesara desde el apéndice xifoides á la segunda vértebra lumbar. Es más intenso durante la noche, impidiéndole el sueño. Los papeles con codeína, anteriormente prescritos, calman el dolor durante diez minutos. Sigue el enfermo demacrándose cada vez más. ¿Hay recidiva de la úlcera? No puede afirmarse ínterin no se produzcan gastrorragias.

La narceína ha sido recomendada en el tratamiento de la gastralgia, como también el subnitrito de bismuto. Prescribiremos, pues, una fórmula en que ambos medicamentos estén asociados.

Sulfato de narceína.	0'15 gramos
Subnitrito bismuto.	0'40 »
Bicarbonato sódico.	} 4 »
Sacaruro de hinojo.	

D. en pap. núm. 8.

25 de Febrero.—La intensidad de la gastralgia ha remitido un poco á beneficio de la narceína. La tos es poco intensa y rara.

26 de Febrero.—El dolor habíase moderado ligeramente con la narceína. Hoy, sin embargo, ha vuelto á exacerbarse á pesar de su empleo. Volveremos nuevamente á prescribir la morfina asociándola al bicarbonato sódico.

Agua de menta.	150	gramos
Cloruro mórfico.	0'05	»
Bicarbonato sódico.	3	»
Jarabe de azahar.	30	»

H. s. a. poción.

27 de Febrero.—Los dolores son más tolerables. Hay diarrea (3 ó 4 deposiciones diarias, cantidad escasa, consistencia semilíquida). Sigue la morfina.

Agua de menta	150	gramos
Cloruro mórfico	0'05	»
Bicarbonato sódico.	3	»
Tintura anís estrellado	1	gramo
Jarabe de azahar.	30	gramos

H. s. a. poción

1.º de Marzo.—Siguen las crisis gástricas, pero menos intensas. El enfermo puede conciliar el sueño durante la noche. Substituiremos la morfina por la codeína, á dosis más altas que en la fórmula anterior. Sigue la tos con expectoración mucopurulenta.

Cocimiento de felandrio.	200	gramos
Codeína	0'10	»
Benzoato sódico	10	»
Jarabe de médula de vaca	30	»

H. s. a. poción.

5 de Marzo.—Ha aumentado la intensidad y la frecuencia de las crisis gástricas, pero no ofrecen tanta violencia como en un principio. Insistiremos en la codeína á pesar de que sus efectos no sean tan brillantes como los de la morfina, al objeto de no llevar al enfermo hacia la pendiente fatal de la morfomanía.

Bicarbonato sódico.	8	gramos
Codeína	0'10	»
Sacaruro de anís.	4	»

M. y d. en 10 papeles.

12 de Marzo.—La codeína y el bicarbonato no logran calmar el dolor. Sin embargo insistiremos en su empleo.

Bicarbonato sódico.	10	gramos
Codeína	0'10	»
Sacaruro de hinojo.	4	»

M. y d. en 10 papeles.

20 de Marzo.—Evacúa diariamente. El dolor es sordo, ligero, con alguna exacerbación de cuando en cuando. Sigue la fórmula anterior, como también el lavado gástrico.

22 de Marzo.—Las crisis dolorosas ofrecen la intensidad y frecuencia primitiva; se acompañan de contractura de las paredes abdominales. El enfermo abatido por la fatiga y el insomnio, víctima de sus sufrimientos, pide que le sea administrada la morfina. Es que la experiencia le ha enseñado que aquel alcaloide constituye el recurso más heroico para calmar su dolor. Es morfínmano.

Agua de melisa	150	gramos
Clorhidrato morfina.	0'05	»
Jarabe de azahar.	30	»

H. s. a. poción.

A cucharadas.

22 de Marzo.—El dolor cede, pero por poco tiempo después de tomar una cucharada de la poción anterior. No variaremos sin embargo, por ahora, la cantidad de alcaloide.

Agua toronjil	150	gramos
Cloruro mórfico	0'05	»
Agua laurel cerezo	3	»
Jarabe de cidra	30	»

H. s. a. poción.

25 de Marzo.—Es ligero el alivio que se obtiene con la fórmula anterior. Nos queda el recurso de aumentar progresivamente la dosis de morfina; pero ésta tiene serios peligros. Preferimos asociar á la morfina los alcalinos y la cocaína

Clorhidrato morfina	0'05	gramos
Id. cocaína	0'10	»
Bicarbonato sódico.	4	»
Sacaruro de anís.		

D. en 8 pap.

28 de Marzo.—El alivio obtenido con los papeles anteriores es

más duradero que el que obtenían las cucharadas de la última posición prescrita. Acusa después de los alimentos sensación de ardor y eructos ácidos.

29 de Marzo.—La gastralgia sufre varias exacerbaciones diariamente, sin regularidad ni en el número ni en las horas de aparición. Siendo la hiperclorhidria su causa, están indicadas sustancias como el subnitrito de bismuto, al objeto de que, depositándose sobre la mucosa gástrica, formen una capa protectora que libre á dicha mucosa del contacto irritante de dicho ácido.

Bicarbonato sódico.	15 gramos
Subnitrito bismuto.	5 »
Sacaruro de anís.	2 »

D. en pap. núm. 8.

Le asociamos además á una dosis alta de bicarbonato sódico para neutralizar los ácidos.

1.º de Abril.—No percibe la sensación de ardor, ni se ve molestado por los eructos ácidos después de los alimentos, pero sigue la gastralgia. El punto de partida del dolor ha cambiado, siendo actualmente la 12.ª vértebra lumbar, desde donde se irradia hacia el epigastrio. La presión resulta dolorosa en un foco circunscrito debajo del apéndice xifoides y en la región lumbar derecha junto á la 2.ª vértebra.

Continúa el lavado gástrico. Los materiales expulsados son líquidos, pero contienen de vez en cuando algún coágulo de leche. Alternan los períodos de estreñimiento con otros de diarrea, aunque ésta siempre es escasa.

Tratamiento.—El dolor gástrico es el síntoma predominante. Hé ahí las fórmulas empleadas para combatirle, prescritas por el señor profesor clínico:

Infusión de arcangélica	200 gramos
Tintura coca del Perú.	1'50 »
Bicarbonato sosa.	15 »
Jarabe de lechuga	30 »

H. s. a. posición.

6 de Abril.

Codeína	0'10 gramos
Salicilato bismuto y cerio.	0'40 »
Bicarbonato sódico.	} 3 »
Sacaruro de hinojo.	

D. en 8 pap.

7 de Abril.—La gastralgia se muestra rebelde á los anteriores medicamentos. Es preciso insistir en la morfina.

Agua de toronjil	150	gramos
Cloruro mórfico	0 05	»
Agua laurel cerezo.	}	3 »
Bicarbonato sódico.		
Jarabe de moras.	30	»

H. s. a. poción.

A cucharadas.

10 de Abril.—Ha cesado la gastralgia durante el día; dos ó tres crisis durante la noche. Empléase nuevamente la codeína, asociada al laurel cerezo.

Agua toronjil	150	gramos
Codeína	0'05	»
Agua laurel cerezo.	}	3 »
Bicarbonato sódico.		
Jarabe de moras.	30	»

H. s. a. poción.

Á cucharadas.

15 de Abril.—Ha bastado suspender la morfina para que reaparecieran las crisis dolorosas. Tiene diarrea. Asociaremos la morfina al salicilato de bismuto y cerio, el cual á pequeñas dosis obra como analgésico. Aumentaremos la cantidad de bicarbonato sódico para mejor obtener la neutralización de los ácidos.

Clorhidrato de morfina	0'05	gramos
Salicilato de bismuto y cerio.	0'40	»
Bicarbonato sódico	6	»
Sacaruro de menta.	3	»

D. en 8 pap.

Uno cada tres horas.

La gastralgia es ligera. Tos de una sola sacudida; esputos hemoptoicos. Si la hemoptisis fuera más considerable, tenemos un buen medicamento para combatirla en el *hamamelis virgínica*; pero siendo escasa, bastará el empleo de pequeñas cantidades de extracto de ratania.

Agua toronjil	200	gramos
Extracto de ratania.	1	»
Jarabe de cidra	30	»

H. s. a. poción.

27 de Abril.—Continúa siendo escasa la intensidad de la gastralgia. Ha cesado la diarrea. Siguen los esputos hemoptoicos. El enfermo está profundamente demacrado.

Agua de toronjil.	• 200 gramos
Cloruro mórfico	0'05 »
Ergotina.	1'50 »
Jarabe de cidra	30 »

H. s. a. poción.

3 de Mayo.—Tos con esputo mocopurulento. Sufre algunas crisis de dolor, de carácter pungitivo y de escasa intensidad. Tiene estreñimiento, habiéndose prescrito para vencerle un purgante salino en ayunas.

Agua	200 gramos
Sulfato sódico.	} 6 »
Id. potásico	
Bicarbonato sódico.	2 »
Alcohol de melisa	1 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

H. s. a. poción.

Para tomar de una vez en ayunas.

Sigue la fórmula anterior.

10 de Mayo.—El ánimo del enfermo está más levantado, porque han disminuído los síntomas de la gastropatía. La disnea es escasa. Tiene poca tos. La expectoración ha perdido el carácter hemoptoico. La energía muscular es mayor. Puede dar dos ó tres cortos paseos al día. El enfermo posee una confianza ciega en la morfina, porque ésta es la única que triunfa de sus gastralgias. Cree que la administración prolongada de aquel fármaco le curaría, y con esta confianza ha pedido el alta. ¿Podemos nosotros ser tan optimistas? No. Es cierto que con el reposo en cama y el tratamiento establecido hemos obtenido un alivio considerable, tanto de la hiperclorhidria como de la gastroectasia; pero el enfermo se ha hecho morfinómano y ante la menor exacerbación de sus crisis gástricas exigirá del médico dosis crecientes de morfina. La vuelta á la alimentación y al trabajo ordinario, á que se verá obligado por su condición social, le expone á nueva agravación de la gastropatía y hasta á la recidiva de su antigua úlcera; y, por fin, es tuberculoso de 2.º período y es arterioesclerósico. Hé ahí una serie de peligros que amenazan constantemente su existencia.

J. SOLÉ Y FORN.

